10.

ANNALI

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

CON LA COOPERAZIONE DEI SIGNORI

Prof. **L. Acconci**, *Genova*
Dott. **G. Bargioni**, *Firenze*
Dott. **L. Bergesio**, lib. d., *Torino*
Prof. **G. Berruti**, *Torino*
Dott. **A. Bertazzoli**, libero docente, *Milano*
Prof. **L. M. Bossi**, *Novara*
Dott. **E. Bruers**, *Bologna*
Prof. **G. Calderini**, *Bologna*
Dott. **F. Candia**, *Napoli*
Dott. **F. Caruso**, lib. doc., *Napoli*
Dott. **I. Clivio**, lib. doc., *Pavia*
Prof. **G. Cosentino**, *Catania*
Dott. **G. E. Curàtulo**, lib. doc., *Roma*
Prof. **C De Argenta**, *Salamanca*
Dott. **C. Decio**, *Milano*
Prof. **E. F. Fabbri**, *Modena*
Prof. **E. Falaschi**, *Siena*
Dott. **M. Fermi**, *Parma*
Dott. **G. Gelli**, *Firenze*
Dott. **G. Giglio**, *Palermo*
Prof. **G. Inverardi**, *Padova*
Dott. **G. Kirch**, lib. d., *Firenze*
Dott. **V. Lauro**, lib. doc., *Napoli*
Dott. **F. La Torre**, lib. d., *Roma*
Prof. **C. Liebman**, *Trieste*
Dott. **A. Manzoni**, *Milano*
Dott. **O. Marchioneschi**, libero docente, *Pisa*
Dott. **C. Marocco**, lib. d., *Roma*
Dott. **A. Martinetti**, *Firenze*
Prof. **C. Massarenti**, *Bologna*
Dott. **F. Meola**, lib. doc., *Napoli*
Prof. **C. Minati**, *Pisa*
Prof. **O. Morisani**, *Napoli*
Prof. **P. Negri**, *Venezia*
Dott. **F. Parona**, *Novara*
Prof. **E. Pasquali**, *Roma*
Dott. **M. Pazzi**, *Bologna*
Prof. **E. Pestalozza**, *Firenze*
Dott. **G. Piazza**, *Milano*
Prof. **E. Pinzani**, *Pisa*
Dott. **N. Postiglione**, *Napoli*
Prof. **R. Pugliatti**, *Messina*
Dott. **G. Raineri**, lib. d., *Vercelli*
Dott. **G. Roncaglia**, libero docente, *Modena*
Dott. **G. Resinelli**, lib. d., *Pavia*
Dott. **U. Rusconi**, *Milano*
Dott. **P. Sacchi**, *Cremona*
Dott. **G. Scarlini**, lib. doc., *Siena*
Dott. **P. G. Spinelli**, *Napoli*
Prof. **D. Tibone**, *Torino*
Prof. **E. Truzzi**, *Parma*
Dott. **M. Vercelli**, *Saluggia*
Prof. **E. Welponer**, *Trieste*.

ANNO XIX - 1897

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
10 JAN 98

MILANO
TIPOGRAFIA EDITRICE L. F. COGLIATI
Via Pantano, 26.

141

Anno XIX. Gennaio 1897. Num. 1.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
22 FEB 97
LIBRARY

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI PARMA

diretto dal Prof. E. Truzzi

UTERO ARCUATO
E PRESENTAZIONE PODALICA RIPETUTA

PEL

Dott. FERRUCCIO GRIZIOTTI

Come è noto, fra le cause che predispongono alle presentazioni di spalla figurano certi vizii di sviluppo dell'utero, pei quali tende ad alterarsi la forma normale dello stesso a termine di gravidanza diventando il diametro trasversale più lungo del diametro verticale, o quanto meno ad esso pari.

Anzi Ribemont e Lepage ammettono che l'unica causa veramente efficace della presentazione di spalla durante la gravidanza sia una malformazione dell'utero a massimo asse trasversalmente diretto, dovuta in molti casi a un setto, che divide come in due logge la cavità del viscere.

In uteri così conformati si riproduce pressochè fatalmente ad ogni gravidanza la presentazione di spalla; e la letteratura ostetrica registra casi di presentazioni di spalla ripetute nella stessa donna, descritti da Hergott (1), da Braun, da Spaeth, Caldwell (2), Polaillon (3), Ca-

(1) Hergott. « Essai sur les différentes variétés de la matrice pendant la gestation et l'accouchement. » Thèse de Strassbourg, 1839.

(2) Caldwell. *Journ. med. assoc.*, Octob. 1887.

(3) Polaillon. « Dell'utero setto incompletamente come causa della presentazione del tronco. » *Bull. de la Société de Chir.*, Mars 1877.

zeaux (1), Hildreth (2). È ben vero che al Morisani (3) parve potersi dubitare della esistenza di tale rapporto tra l'alterata proporzione dei diametri trasverso e verticale dell'utero e la presentazione fetale, ritenendo quella piuttosto conseguenza che causa della presentazione di spalla.

Però, se tale dubbio può avere fondamento per quanto si riferisce a uteri, che per cause diverse hanno perduto della loro tonicità muscolare, essendo del resto perfettamente normali, ha minor valore per quanto riguarda uteri male conformati, di fronte ad osservazioni raccolte dagli autori e tendenti tutte a dimostrare come, in simili visceri la maggior lunghezza del diametro trasversale in rapporto al longitudinale sia piuttosto riferibile alla conformazione primitiva dell'utero, che non alla cedevolezza dei tessuti necessaria perchè le pareti della matrice possano adattarsi al feto primitivamente in presentazione di spalla. Sonvi infatti vizii di conformazione distinti col nome di uteri subsepti, uteri incudiformi, uteri arcuati, nei quali si capisce come per la legge dell'adattamento (Pajot) la presentazione di spalla possa verificarsi con una certa frequenza mantenendosi tale fino al termine della gestazione, e rinnovarsi ad ogni nuova gravidanza.

A suffragare la logica concorrono varie statistiche, tra le quali cito, ad esempio, quella della Clinica di Berna, pubblicata da H. Hueckstädt in un suo lavoro « *Ueber das Vorkommen des Uterus arcuatus in der Berner geburtshülflichen Klinik.* » Risulta da essa come nei parti abbastanza numerosi con utero arcuato, avvenuti in quella Clinica, la situazione trasversale del feto siasi verificata nella proporzione del 6 0[0.

Lo Schatz a sua volta, in questa forma di anomalia uterina, sopra 23 parti avrebbe trovato dieci volte la presentazione di spalla.

Ora, quando anche si consideri che una parte di tali presentazioni possa essere concomitante ad anomalie della pelvi e quindi ritenersi da esse cagionata, in quanto sappiamo che anche le viziature del bacino figurano nella eziologia delle presentazioni di spalla, è certo però che quelle ed in genere le rare presentazioni fetali nelle diverse forme di utero malformato avvengono assai più comunemente che nell'utero normale.

---

(1) Cazeaux. « Trait. théoriq. et prat. de l'art des accouchem. » Paris, 1866.

(2) Hildreth. *Americ. Journ. Medic. Scienc.*, April 1886.

(3) Morisani. « Manuale di Ostetricia. » Napoli, 1887.

Basta, per esserne convinti, gettare uno sguardo sulle statistiche accennate e confrontarle colla percentuale ordinaria di presentazioni di spalla nei casi in cui l'utero non sia deforme. Si può infatti calcolare dall'esame delle varie statistiche una frequenza di tali presentazioni del 2 0[0 in Italia (1), mentre in base alle statistiche delle altre nazioni la percentuale loro risulterebbe ancora minore, incontrandosi in media una presentazione di spalla sopra 180 parti.

Ora, se si considera che le statistiche sopra ricordate sono straniere, la percentuale del 6 0[0 riscontrata da H. Hueckstädt e quella ancor maggiore riferitaci dallo Schatz, in casi di uteri arcuati, acquistano un valore eminentemente dimostrativo.

Non solo però nelle presentazioni di spalla tale concetto etiologico ha valore; perchè, quantunque pochi tra gli autori di trattati ostetrici ricordino tra le cause di presentazione podalica le malformazioni uterine, ed alcuni, pur ricordandole, non diano loro quell'importanza che mi sembrano avere, costituiscono esse — per certe varietà almeno — una condizione anatomica, che deve dar luogo ad una presentazione definitiva del podice, voluta dalla legge dell'accomodazione.

E noi sappiamo dalla letteratura ostetrica di alcuni casi, sui quali gli autori, sia partendo direttamente da questo punto di vista sia in via indiretta parlando di altri argomenti, hanno richiamato la nostra attenzione. Così il Nourse (2) nel 1885 ha pubblicato il caso di una donna, la quale in dodici gravidanze ebbe dodici parti podalici; ed egli attribuiva tale costanza di presentazione ad una persistente causa, relativa all'esistenza di un utero bicorne.

Così pure il dott. Paul Steffens ha pubblicato recentemente (1895) un lavoro, nel quale (3) riferisce due casi di gravidanza in utero arcuato, da lui osservati lo scorso anno nella Clinica di Tübingen, e che, interessanti per l'autore sotto altro punto di vista, lo sono per noi come contributo dimostrativo al nostro concetto. Nel 1.° di codesti casi si tratta di una donna di 39 anni, quintipara, con la suddetta anomalia uterina, in cui il parto avvenne in presentazione podalica dorso-sinistra;

---

(1) Corradi. « Storia dell'Ostetricia in Italia. » 1875.

(2) *Ohio Medical Record*, 1885.

(3) P. Steffens. « Ueber Schwangerschaft und Geburt bei Missbildungen des Uterus. » Tübingen, 1895.

niuna altra causa, all'infuori di tale deformità, venne constatata, che potesse dar luogo alla presentazione del podice — nemmeno il dato della pluriparità, in quanto che le quattro antecedenti gravidanze si erano sempre interrotte verso il quarto mese e quindi non era possibile che prodotti del concepimento così piccoli avessero determinato riguardo alle pareti uterine e addominali quelle condizioni, per le quali appunto la pluriparità suol agire come causa di presentazione podalica.

Nel 2.° dei casi riferiti dallo Steffens trattasi di donna ventottenne, primipara, pure con utero arcuato, nella quale prima dell'inizio del travaglio, pur essendo la gravidanza a termine e senza alcun'altra causa apprezzabile, la presentazione del feto era nettamente podalica — essendosi riconosciuta la testa, come dice l'autore, nel corno di destra e coll'introduzione di un dito nella bocca uterina chiaramente constatata la presenza del podice sopra l'ingresso pelvico e di un piede a destra.

Sorvolando ora sopra altre malformazioni uterine, per le quali si può avere una frequenza maggiore del normale delle presentazioni podaliche (1), limito il mio dire ad un richiamo a ciò che si osserva in alcuni animali, in cui l'utero rappresenta approssimativamente uno stato, che nella specie umana è solo transitorio oppure permanente ma anomalo.

Abbiamo infatti che negli animali unipari, come la cavalla e la vacca, l'utero è rappresentato da un corpo unico, dalla cui estremità anteriore, che si fa bifida, partono due corna brevi incurvantisi in alto e in avanti (per la cavalla) o in basso e in avanti (per la vacca). In tali animali il feto si sviluppa totalmente nella cavità del corpo dell'utero e le sue estremità posteriori sono solamente talvolta impegnate in una delle corna. Si sa anche (2) che la presentazione più frequente nella cavalla, anzi l'unica che possa considerarsi — per usare l'espressione di Fleming — veramente naturale è la anteriore, in cui i piedi anteriori, la testa ed il petto si presentano simultaneamente all'ingresso della pelvi; ed è nota la configurazione dell'utero di cavalla, che noi possiamo presso a poco paragonare a quella di un utero di donna

---

(1) I. Pfannenstiel « Ueber Schwangerschaft bei Uterus didelphys. » Breslau, *Festschrift der deutschen gynäkol. Gesellschaft*, Wien, Hölder 1894.

(2) Giorgio Fleming. « Trattato di Ostetricia veterinaria. » 1893.

subseptus, ove vogliamo astrarre dalla direzione dei corni uterini, i quali sono brevi.

Fatte queste premesse, mi sembra poterne trarre una conclusione, e cioè: che anche nella cavalla le presentazioni anteriori — paragonabili fino ad un certo punto a quelle di vertice nella donna — abbiano la maggior frequenza appunto perchè, sviluppandosi per lo più il feto nella cavità del corpo uterino senza impegnarsi in una delle corna, la legge dell'adattamento vuole che il feto si situi in essa in modo che la base del corpo uterino più espansa accolga l'estremo posteriore del feto, pur qui atteggiato a ovoide: estremo che si sa (Fleming) essere il più voluminoso. Chè, se per cause, il cui studio non trova in queste note il suo posto, il feto si situa in modo nella cavità del viscere, per cui uno degli estremi fetali si immetta anche nella cavità di una delle corna, allora è ben naturale — sempre per la legge di adattamento — che sia l' estremo anteriore ad immettersi come il meno voluminoso, non il posteriore che invece si collocherà nella parte bassa del corpo, dando luogo così ad una presentazione posteriore — in cui la groppa o l' ano si presenta all' ingresso della pelvi — paragonabile presso a poco a quella che nella donna prende nome di podalica.

Ma il feto nella cavalla solo raramente viene a collocarsi con una sua estremità nella cavità di una delle corna: per conseguenza anche le presentazioni posteriori sono assai rare.

Ma, tralasciando ora queste osservazioni comparative, credo non privo di interesse, dal punto di vista del concetto etiologico accennato, il richiamare l'attenzione sopra un caso clinico occorso quest'anno nella Clinica Ostetrico-Ginecologica di Parma: caso di speciale interesse per la presentazione podalica ripetuta in utero arcuato.

Porgo infiniti ringraziamenti al chiariss. prof. Truzzi per la concessione fattami di pubblicare l'interessante osservazione clinica, nonchè per la benevola e cortese ospitalità che da un anno m'offre nell' Istituto da lui diretto.

Osservazione clinica.

B. A., di anni 39, massara, maritata, quintipara, viene accolta il 27 Gennaio 1896 nella Clinica ostetrico-ginecologica di Parma e registrata col numero 9851.

Anamnesi. — Nulla di notevole nel gentilizio. La donna non ebbe a soffrire le abituali malattie dell'infanzia; fu sempre lievemente claudicante. A 13 anni ebbe il primo tributo mestruale; catamenî sempre regolari. Ebbe una prima gravidanza nel 1891, che decorse senza complicazione alcuna fino al suo termine; il feto, in presentazione podalica, venne partorito morto (a domicilio); puerperio afebbrile. Nel 1892 altra gravidanza a termine e parto in presentazione di podice di feto morto (a domicilio). Rimase incinta per la terza volta nel 1893: verso la fine della gestazione sembra che il feto si trovasse in presentazione di spalla e che nel travaglio, mediante una lieve manovra del medico che l'assisteva, la presentazione primitiva fosse stata convertita in una podalica: il feto fu partorito morto (a domicilio). Infine una quarta gravidanza nel 1894 procedette normalmente fino a termine, con parto podalico ed estrazione manuale di feto vivo (nella Clinica di Parma).

L'anno scorso rimase di nuovo incinta: avvertì i primi moti attivi a destra; la gravidanza non fu mai complicata da alcun disturbo. Verso il termine di essa però, per maggior sicurezza — visto l'esito dei parti precedenti (l'ultimo escluso) — la donna si decise ad entrare in Clinica.

Esame obbiettivo: (27 Gennaio 1896). — Assenza di tracce di rachitismo, la donna è un po' claudicante per lieve raccorciamento dell'arto inferiore destro. Le condizioni generali sono discrete. Manca la maschera facciale. Urine prive di albumina. Alvo regolare. Il fondo dell'utero arriva alla zona media sopraombelicale: la situazione del feto longitudinale: il battito cardiaco, regolare affatto, viene percepito nel quadrante inferiore di destra. Genitali esterni di pluripara. Alla esplorazione digito-vaginale si sente la parte presentata elevata e mobile. Fatto l'esame del bacino, si hanno le seguenti misure:

Diametro	Sp. Sp.	cm. 25
»	Cr. Cr.	» 27
»	Bitroc.	» 31
»	C E	» 19
»	C D	non si raggiunge il promontorio.
»	Obl. est. sinistro	cm. 24
»	Obl. est. destro	» 23
Circonfer. di Kilian		» 81

Dal gran trocantere destro alla sinfisi pubica cm. 17
» » » sinistro » » » » 15.

A destra il gran trocantere è a 6 cm. al disopra della linea, che unisce la spina iliaca anteriore e superiore destra alla tuberosità ischiatica dello stesso lato. *A sinistra* il gran trocantere; la tuberosità ischiatica e la spina iliaca anteriore superiore sono sulla stessa linea.

Inoltre dalla misurazione degli arti inferiori si rilevano le seguenti distanze:

Tra	S I A S	destra	e	malleolo	est.	destro	cm.	73
»	»	sinistra	»	»	»	sinistro	»	79
»	»	destra	»	condilo	est.	destro	»	40
»	»	sinistra	»	»	»	sinistro	»	46
»	condilo est. sin.		»	malleolo	est.	sinistro	»	34
»	»	» destro	»	»	»	destro	»	34.

Esplorata la donna due giorni prima del travaglio, si riconobbe trattarsi di presentazione podalica anche in questa gravidanza.

La testa distintamente si palleggiava nel quadrante superiore di sinistra: il dorso si avvertiva rivolto a destra: il battito distintamente veniva rilevato a livello del bellico e a destra. Collo completamente rammollito e in via di scomparsa: dilatazione di 1 cm. del canale cervicale.

Il parto (ore 5 1|2 del giorno 20-2-1896) si espletò in presentazione di podice, posizione S I D A, varietà natiche sole, senza alcuna manovra fino alla espulsione della tuberosità spalle; solo si aiutò il disimpegno della testa colla manovra Smellie-Veit. Espulso il feto, venne palpato il fondo uterino distintamente bifido.

Secondamento spontaneo dopo 1|4 d'ora. Il neonato, di sesso mascolino, pesava 2600 gr. e misurava 48 cm. in lunghezza.

La forma della testa rotondeggiante ed i diametri fetali i seguenti:

Diametro	O M	mm. 125 —	Grande circonferenza cm. 36
»	O F	» 110 —	
»	So Br.	» 90 —	
»	B. p. a.	» 90 —	Piccola circonferenza cm. 30
»	Bm.	» 70 —	
»	Bz.	» 65 —	
»	Bisacr.	» 100 —	

Gli annessi pesavano gr. 500: il funicolo ombellicale era lungo cm. 50, ad inserzione eccentrica. La placenta presentava visibile la divisione in due metà a forma pressochè discoidale, e nel punto di riunione dei due lobi il tessuto placentare era fortemente assottigliato. Il funicolo era inserito sopra uno dei lobi. Il punto di rottura del sacco ovulare, per il quale era uscito il feto, diametralmente opposto al tratto di unione dei lobi.

Il puerperio decorse in modo affatto normale, almeno fino al 12.° giorno, epoca in cui la donna volontariamente lasciò l'Istituto.

L'esame praticato prima dell'uscita diede il seguente risultato:

Collo riformato: lacerazioni multiple in corrispondenza dell'orificio uterino esterno: utero col suo fondo poco sopra la sinfisi pubica: il fondo uterino, accuratamente palpato, si rileva largo, incudiforme, un pochino più sviluppato a destra, e misura approssimativamente 12 cm. nel suo diametro trasverso. Benchè non molto nettamente, si rileva un solco di separazione tra le due metà del fondo stesso.

Le circostanze, che possono dar luogo alle presentazioni podaliche dipendono tanto dal prodotto del concepimento e suoi annessi quanto dalla madre. Dal lato del feto possono figurare quali cause la prematuranza dello stesso, la piccolezza eccessiva, la gravidanza multipla, la idrocefalia, la morte con o senza macerazione: dal lato degli annessi l'idramnios, la placenta previa, come pure quale causa rarissima e specialissima i giri di cordone attorno al collo con placenta aderente al fondo uterino e con funicolo breve; in questi casi il feto trovasi come sospeso in alto pel collo (Truzzi) (1).

Più per ipotesi dottrinale che non per responso di fatti clinici, si volle anche da taluni ammettere che le presentazioni podaliche siano più frequenti nei casi di oligoidramnios, in ragione della scarsa mobilità fetale e dello stento conseguente alle abituali evoluzioni del feto nella cavità uterina (Truzzi) (2). Finalmente, per quanto riguarda la parte che possono avere gli annessi fetali nella etiologia delle presentazioni del podice, voglio qui ricordare come anche una speciale forma di placenta abbia potuto in un caso descritto dal dott. M. Pazzi (3) esser considerata quale causa molto probabile di detta presentazione. Trattavasi di una placenta a forma trapezoide, estratta artificialmente in una donna, che subì pure l'estrazione manuale del feto, il quale trovavasi in presentazione di natiche sole, posizione sinistra posteriore. La placenta era voluminosa assai, ipertrofica, ed occupava il fondo dell'utero. Orbene potrebbe supporsi, dice il Pazzi, che questa placenta divenuta ipertrofica dopo il 6.° mese, avesse contribuito a diminuire la

---

(1) Truzzi. « Di una rara causa di presentazione podalica immutabile e di morte del feto in gravidanza. » *Annali di Ost. e Ginec.*, 1890, pag. 417.

(2) Truzzi. « Dell'oligoidramnios nei suoi rapporti collo sviluppo del feto. » 1889, Milano. pag. 22.

(3) Pazzi. « Contributo allo studio delle anomalie placentari con speciale riguardo alla placenta previa. » « Studi di Ostetricia. » Libreria Treves di Pietro Virano, Bologna, 1894.

superficie del fondo dell'utero costituendo un luogo di adattamento meno favorevole per le natiche.

Dal lato materno abbiamo una serie di cause, sia relative alla sfera genitale sia risiedenti fuori di essa; l'azione di queste ultime, « pelviche viziature e pluriparità » si estrinsecherebbe nel dare, come in quelle dipendenti dal prodotto del concepimento, una maggiore mobilità al feto nella cavità uterina. Tra quelle trovano posto i tumori della matrice e specialmente i fibromi (1), alcune anomalie di conformazione dello stesso « bicorne od unicorne, arcuato, subsepto » nonchè la pluriparità in quanto permette all'utero di assumere forme svariate invece di obbligarlo alla forma ovale allungata verticale.

Alterati in queste condizioni i rapporti o, per meglio dire, invertite le proporzioni degli elementi dell'accomodazione, si ha che il podice occupa il posto dell'estremo cefalico.

Finalmente, ascrivibile ad un ordine a sè, havvi un certo numero di presentazioni podaliche, la cui causa rimane oscura. A proposito di ciò Klövekorn avrebbe trovato solo per il 43 0[0 dei casi una causa attendibile; e analogamente Legiehn, mentre altri, e tra essi Reichmann, ritengono che solo un piccolo procento di casi possa mancare di spiegazione e precisamente il 18 0[0.

Ricordato così in modo riassuntivo il quadro etiologico delle presentazioni podaliche, se noi ci facciamo a considerare la storia clinica surriferita, vediamo senza bisogno di speciale discussione come debbansi escludere tutte le cause di origine fetale. Ai dati materni adunque dovremo noi ricorrere nella ricerca dei fattori etiologici del presente caso: ma a quale di essi daremo la preferenza?

A mio avviso la scelta non può essere dubbia, sia per processo di esclusione sia per rilievo diretto di dati. Infatti non possiamo fermare la nostra attenzione sul semplice dato della pluriparità, in quanto anche il primo parto avvenne in presentazione podalica, inoltre dietro una considerazione che subito si affaccia alla mente: del modo cioè con cui si estrinseca l'influenza della pluriparità sulla frequenza delle presentazioni dell'ovoide podalico.

Si sa infatti che essa consiste nel rendere eccessivamente mobile

---

(1) Pestalozza. « Fibroma d'utero e gravidanza. » Pavia, 1890, pag. 78. — Susserot in 68 uteri miomatosi trovò 16 presentazioni podaliche (23 0[0).

il feto nella cavità del viscere sia per sfiancamento delle pareti uterine sia per cascaggine delle pareti addominali, di guisa che il feto può ad un dato momento dalla contrazione venir fissato allo stretto superiore allorquando si trova col podice in basso. Dato questo modo di estrinsecarsi dell'accennato momento etiologico, soltanto ammettendo una stranissima combinazione di cose, e quindi uscendo dal campo scientifico, si potrebbe pensare che le contrazioni uterine avessero sorpreso in cinque gravidanze consecutive il feto, mentre presentava all'ingresso della pelvi il podice. Sarebbe, ripeto, troppo strano codesto fatto, se esso non fosse dovuto ad una causa ben più valida e costante nella sua azione.

Noi possiamo pure astrarre dall'altro dato etiologico, al quale si volesse annettere importanza, e cioè dalla lieve pelvica viziatura probabilmente esistente. Se il rapporto tra coniugata vera e coniugata esterna avesse realmente valore costante e non fosse soggetto ad oscillazioni, inerenti alla mancata coincidenza direzionale ed al diverso spessore della sinfisi pubica e della quinta vertebra lombare, noi saremmo senz'altro autorizzati ad escludere la stenosi antero-posteriore, non potendo praticamente considerare fuori dei limiti normali una C. V. che misuri 10 cm. In ogni modo, benchè non assolutamente, possiamo asserire che detta stenosi nel nostro caso non esista o almeno sia trascurabile, avuto altresì riguardo al fatto, che il dito esploratore non riuscì a raggiungere il promontorio sacro-vertebrale: criterio anche questo non sicuro, in causa delle oscillazioni fisiologiche nell'altezza della sinfisi pubica, ma che, unito al precedente, assume importanza maggiore.

Se però con una certa probabilità possiamo escludere il patologico raccorciamento della coniugata vera, altrettanto non ci è dato fare rispetto agli altri diametri del bacino.

Considerando infatti che la donna è lievemente claudicante per raccorciamento dell'arto inferiore destro, e che la claudicanza data dall'età infantile, è necessario ammettere come molto probabile l'esistenza di una stenosi asimmetrica, tanto più che le misure dei diametri obliqui esterni nonchè di altri diametri cosidetti del Naegele ci dicono colla eloquenza delle cifre che detta asimmetria nella pelvi della nostra donna realmente esiste.

Le stesse cifre però ci dimostrano che la viziatura deve essere

ben piccola *(Obl. est. sin. cm. 24, obl. est. destro cm. 23)*, e affatto trascurabile dal lato dell'accomodazione. Sicchè, pur concedendo che nel nostro caso esista una pelvi lievemente asimmetrica, osserviamo che sarebbe assai strano il fatto del ripetersi della presentazione podalica in cinque gravidanze consecutive nella stessa donna in causa di una tale condizione di cose. È dietro queste considerazioni che parmi di essere autorizzato ad escludere l'importanza della lievissima pelvica viziatura nella spiegazione etiologica del mio caso clinico.

L'anamnesi e l'esame obbiettivo non ci danno ragione d'insistere sull'altro fattore causale che talora viene in scena, sulla presenza cioè di tumori, che producano deformazioni dell'utero; cosicchè ci riduciamo, dietro logica esclusione, a fermare la nostra attenzione sopra un'altra causa, che un esame attento e scrupoloso ha permesso di rilevare, la anomalia dell'utero: anomalia, che solo raramente ha trovato posto nella eziologia delle presentazioni podaliche ripetute, e che perciò dà al caso clinico in discorso un'importanza non disprezzabile.

Veramente nel caso da me osservato una gravidanza, la terza, avea dato luogo prima del travaglio ad una presentazione di spalla, la quale venne ridotta con un facile rivolgimento in podalica. Così ci venne riferito dalla donna. Però, se noi consideriamo che l'atto operativo fu compiuto a domicilio, dato l'andamento dei parti antecedenti e successivi, siamo fino ad un certo punto autorizzati a pensare che anche nella terza gravidanza il medico siasi limitato a fare, anzichè un rivolgimento, l'abbassamento di un piede in una presentazione podalica asinclitica.

Del resto, pur ammettendo che la presentazione di spalla fosse in allora realmente esistita, date le cause che producono e questa e quella, anche se il parto fosse avvenuto in quel modo, il caso clinico sarebbe sempre dimostrativo (1). E tanto più dimostrativo a me sembra in

---

(1) A proposito di ciò mi piace riferire quanto si legge nel « Trattato di Ostetricia » del Müller a pag. 835: « Die Lage des Fötus ist eine der Configuration des Uterus entsprechende. Bei vollständiger Trennung der eigentlichen Uterushöhle (Uterus bicornis septus und Uterus bicornis unicollis) nimmt der Fötus entsprechend der Spindelform der Hörner eine Verticallage ein, und zwar überwiegt die Kopflage entschieden die Beckenendlage. Ist eine gemeinschaftliche Uterushöhle vorhanden, so mehren sich die Steisslagen, und in der Fällen, wo die Duplicität nur angedeutet ist, aber die Missgestaltung doch eine Verbreiterung des Uteruskörpers bei sonst einfacher Höhle bewirkt hat (Uterus arcuatus unicorporeus), stellen sich

quanto che, in quest'ultimo parto, la forma bilobata della placenta e il reperto ottenuto dopo il primo periodo del secondamento convinsero parecchi osservatori trattarsi di un utero arcuato, la cui forma, se non si potè in modo diretto riscontrare, avendo la donna volontariamente lasciato l' Istituto in dodicesima giornata di puerperio, si potè però controllare coll'esame delle condizioni dell'apparato genitale nel giorno stesso dell'uscita.

Ora ci domandiamo: in qual modo un utero arcuato o, meglio ancora, un utero subsepto può predisporre alle presentazioni podaliche, mentre si sa che il podice, a travaglio non ancora iniziato, rappresenta dell'ovoide fetale l'estremo più voluminoso? Come mai un utero arcuato, che ha il suo fondo, appunto per la malformazione di sviluppo, più espanso, può ostacolare che in esso venga a collocarsi il podice?

A me pare che la spiegazione data dal prof. Truzzi in una lezione clinica, in cui presentava il caso alla scuola, possa rispondere alla questione in modo affatto persuasivo. Noi dobbiamo distinguere in un utero arcuato o in un utero subsepto la forma esterna dalla interna; e se realmente in queste varietà di matrici all' esterno troviamo una estensione maggiore, ben diversamente risultano le cose esaminando la cavità del viscere. Infatti nell'utero arcuato, meglio ancora nel subsepto, abbiamo verso la cavità uterina una prominenza o sperone indicante non essere avvenuta completamente la fusione dei canali di

---

die Früchte sehr häufig in Querlage zur Geburt. » Come pure nella *Inaugural Dissertation Ueber die Aetiologie der Beckenendlagen* del dott. Joh. Legiehn: « Werfen wir von hier aus einen Rückblick auf alle für das Zustandekommen von Beckenendlagen geltend gemachten ätiologischen Momente, so erkennen wir in ihnen ebendieselben, welche auch für die Ausbildung von Querlagen angeführt werden. » — È qui il caso di domandarci perchè in causa degli stessi momenti si verifichino ora presentazioni del podice, ora situazioni trasversali del prodotto del concepimento. Orbene, secondo Reichmann, una grandissima parte delle presentazioni podaliche soltanto all'inizio del travaglio proverrebbe da modificazione della situazione trasversale del feto; una tale opinione è però in opposizione alle osservazioni di Schröder e di altri autori, secondo i quali le situazioni trasverse passano più comunemente nelle presentazioni cefaliche che nelle podaliche. Noi, per non perderci in ipotesi arrischiate, dobbiamo riconoscere come riguardo a questa questione regni tuttora molta oscurità; è certo però che la opinione di Schröder non avrà conferma clinica quando la situazione trasversale primitiva sia inerente a utero bicorne in alto, ben inteso a termine di gravidanza. In casi di uteri siffatti ci sembra piuttosto verosimile l'ammettere che, pur verificandosi a preferenza la presentazione podalica nelle prime gravidanze, possa in ulteriori gestazioni il feto anche disporsi in presentazione di spalla per l'aumento del diametro trasverso della cavità uterina comune, indotto dalla pluriparità.

Müller: prominenza che scema, pur essendo la cavità del viscere più ampia che in condizioni normali, lo spazio utile che deve essere occupato da una parte fetale, la quale venga ad adagiarsi in questo punto. In altre parole, il fondo uterino nell'utero arcuato — e parte del corpo anche nell'utero subsepto, verrà a trovarsi diviso in due metà situate l'una accanto all'altra, ognuna delle quali avrà una capacità minore del comune polo inferiore dell'utero.

È ben naturale quindi e perfettamente conforme alla legge della accomodazione che l'estremo cefalico, il quale, a travaglio non ancora iniziato, è meno voluminoso del podalico, trovi in una di queste cavità, ove lo spazio utile è minore, la sua sede.

Venendo ora al reperto relativo alla placenta di questa donna, mi sembra si presti a interessanti considerazioni e per la sua relativa rarità e per la concomitanza a utero mal formato.

È noto che nella razza umana, pur essendo unico in via ordinaria il prodotto del concepimento, la placenta può deviare dalla sua forma e struttura normale nel modo più svariato, sì da risultarne diversi tipi ascrivibili a due gruppi diversi. Secondo una recente classificazione del dott. Muzio Pazzi (1), ad un primo gruppo apparterrebbero tutte quelle placente anomale, che da una forma geometrica ben definita possono rappresentare tutte le forme irregolari immaginabili, purchè non perdano il tipo di unicità: ad un secondo gruppo potrebbero ascriversi le placente anomale rappresentate dalla semplice tendenza alla divisione dell'organo fino alla multiplicità reale (placenta lobata con feto unico). È a questo secondo gruppo che appartengono le cosidette placente bipartita e semibipartita, delle quali parmi non ozioso occuparmi brevemente, a razionale spiegazione di una siffatta anomalia placentare riscontrata nel mio caso.

La placenta bipartita o bilobata, descritta per la prima volta da Mauriceau sulla fine del 1600, venne in seguito studiata da altri e da Hyrtl denominata coll'epiteto latino *dimidiata,* più proprio in verità perchè esprime il fatto particolare di essere divisa in due parti uguali. Chè, se una differenza fra i due lobi placentari talora esiste, questa è generalmente piccola e supera difficilmente un centimetro. I due lobi

---

(1) M. Pazzi. « Classificazione delle anomalie placentari e speciali ricerche intorno alla placenta dimidiata. » Bologna, 1896.

sono nettamente separati, secondo alcuni autori, da una parte membranosa, che da pochi millimetri — come in un caso descritto dal Pazzi, lavoro succitato — può variare a 2-4 pollici e più ancora. Questi autori pertanto contemplano un'altra varietà di placenta incompletamente bipartita o *semi-dimidiata*, in cui i due lobi sono uniti fra loro da un istmo parenchimatoso. Per altri invece, seguaci di Ahlfeld, tra i due lobi esisterebbero porzioni atrofiche dei villi; e questa opinione dal citato A. venne emessa dietro osservazioni microscopiche del ponte membranoso, che unisce i due lobi nelle placente dimidiate.

Comunque sia del resto, e per esser breve e perchè in realtà le osservazioni di Ahlfeld hanno bisogno di maggiore conferma, non mi dilungherò a discutere queste due opinioni, non rappresentando in sostanza la placenta semi-dimidiata che una forma di transizione di quella completamente bipartita. Osserverò soltanto che nel mio caso la placenta non poteva dar occasione a discussioni in proposito, perchè i due lobi erano uniti nella zona equatoriale della focaccia placentare da un tessuto a struttura evidentemente villosa. Per inavvertenza gli annessi vennero sacrificati prima che io potessi fare di essi un esame più accurato dal punto di vista delle misure e di eventuali altre indagini; quanto è certo in ogni modo e venne constatato da parecchi osservatori presenti al parto, si è che la placenta era divisa in due lobi di poco differenti in dimensioni, a forma pressochè discoidale, uniti da un sottile tratto parenchimatoso, e il funicolo ombellicale, lungo 50 centimetri, senza anomalie di sorta, aveva inserzione presso a poco centrale sopra uno dei lobi. È dunque fuori dubbio che nel mio caso siasi trattato di placenta semi-dimidiata.

Quale causa avrà potuto determinare la bipartizione, sia pure incompleta, dell'unica placenta? Dice bene il dott. Pazzi che riguardo alla teratogenesi della placenta dimidiata siamo ancora nel campo delle ipotesi. E, dopo aver esposto le principali teorie escogitate in proposito da Voigtel (1), Sirelius, Taruffi (2), Hofmeier (3), Ahlfeld (4), Keilmann (5), obiettando come niuna di esse isolatamente sia convincente,

---

(1) Voigtel F. G. « Handbuch der Pathol. Anat. » Halle, 1804.

(2) Taruffi. « Storia della Teratologia. » T. V., Parte I, Bd. III, Bologna, 1889.

(3) Hofmeier. « Die Menschliche Placenta. » Wiesbaden, 1890.

(4) Ahlfeld. « Berichte und Arbeiten. » Bd. 3, S. 13, 1888.

(5) Keilmann. « Placenta duplex. » Breslau, 1894.

una ne espone personale pur attribuendo ad essa quel relativo valore, che si può concedere a induzioni teoriche che attendono il risultato positivo di studî posteriori.

Non starò a discutere su codeste ipotesi perchè uscirei dal modesto compito di questo lavoro; solo credo di poter asserire che nessuna delle teorie emesse dai sopra nominati autori — eccettuata forse quella di Hofmeier — vale a spiegare con qualche attendibilità la teratogenesi placentare verificatasi nel caso mio, tanto più che in esso la placenta non era completamente bipartita ma soltanto semi-dimidiata.

Orbene, a semplice illustrazione etiologica della mia osservazione clinica, dirò come la genesi della placenta da me descritta mi sembri spiegabile in duplice modo; o dobbiamo vedere in essa un esempio di ritorno ad un tipo inferiore di organizzazione (come vorrebbe Ribemont-Dessaignes) oppure l'anomalia anatomica placentare è legata al fatto stesso dell'anomalia uterina.

Mi spiego. Si sa come nelle scimmie sia comunissima la placenta bipartita, come anzi in alcune specie di esse questo tipo di placenta sia l'unico normale, mentre nella donna è abbastanza raro. Orbene, nel caso nostro, trattandosi non di placenta dimidiata ma soltanto di semi-dimidiata, si potrebbe scorgere un accenno al ripetersi nella razza umana di quanto normalmente si osserva in mammiferi di grado inferiore; tanto più che donna e scimmia appartengono allo stesso ordine dei mammalia deciduata. In appoggio di una tale spiegazione starebbe anche il fatto che nel mio caso l'inserzione del funicolo ombellicale aveva luogo sopra uno dei lobi, precisamente come osservasi nelle scimmie — mentre nella razza umana l'inserzione in casi di placenta bipartita suole essere velamentosa. È però a notarsi che una tale differenza, tanto sostenuta da Taruffi, è assai lungi dall'essere costante — come dimostrò il Pazzi ricordando i molti casi contrarî descritti da diversi autori. — In ogni modo una siffatta ipotesi, oltrechè rispondente all'indirizzo odierno nella interpretazione etiologica delle anomalie nelle razze superiori, troverebbe appoggio altresì nella concomitanza della malformazione uterina.

Un'altra ipotesi mi sembra possa pure, nel caso nostro, rivestire un certo carattere di razionalità. Dalle nozioni, che si hanno sulla forma della cavità del viscere uterino in casi di utero arcuato, risulta come il fondo sia depresso nel mezzo sì da formare come uno sperone,

il quale, protrudendo in detta cavità, divide la regione del fondo stesso in due parti.

Inoltre, considerando che il foro d'uscita del feto corrispondeva al polo del sacco ovulare opposto alla placenta, è lecito ammettere che questa fosse inserita sul fondo uterino, e precisamente in modo che la zona equatoriale corrispondesse allo sperone mediano del fondo stesso. Orbene, ammesso con Hofmeier che la placenta dimidiata possa riconoscere la sua teratogenesi in processi patologici della serotina in causa dell'alterazione nutritizia, che essi inducono nella stessa sì da mettere fuori di funzione interi gruppi di villi coriali; prendendo in considerazione il fatto, che la caduca serotina, molto presumibilmente corrispondente allo sperone mediano del fondo, si trovava appunto in condizioni di minorato potere trofico, ripetendo quello la sua origine da un arresto di sviluppo per mancata fusione dei dotti di Müller, la anomalia placentare osservata nel caso nostro verrebbe ad avere una spiegazione razionale.

Comunque vogliasi del resto spiegare la genesi dell'anomala placenta, risulta pur sempre interessante il rilievo di questa coincidenza tra utero arcuato e placenta bilobata inserita sul fondo.

Ma, tralasciando queste considerazioni di carattere affatto induttivo, e ritornando piuttosto alla questione etiologica, che forma l'argomento del presente lavoro, vediamo se per avventura il momento causale accennato e messo in rapporto colla presentazione podalica sia suscettibile di obiezione. Qualcuno infatti potrebbe domandare: come mai si spiega il numero relativamente scarso dei casi pubblicati, in cui la relazione tra utero bicorne e presentazione di podice apparve manifesta, se il concetto etiologico sopra discusso ha veramente un così alto valore? Mi sembra non difficile il ribattere tale obiezione dietro diverse considerazioni:

a) Anzitutto non è detto che i casi pubblicati siano gli unici verificatisi, poichè è lecito pensare che un certo numero di altri casi simili potrebbe annoverarsi, ove l'ostetrico o la levatrice avessero avuto occasione di rilevarli oppure ne avessero fatto un esame più accurato. È noto infatti che, se le deformità dell'utero non gravido sono già difficilmente riconoscibili in varie circostanze, ancor più difficile ne diventa la diagnosi in gravidanza, perchè manca all'ostetrico un importante mezzo diagnostico: la sonda, il cui uso è assolutamente da proscriversi

in tutti i casi anche sospetti di gravidanza, a cagione del pericolo, in cui s'incorre, di provocare l'aborto. E la letteratura ostetrica ci fa conoscere due casi simili descritti da Stolh e Kleinwächter: in ambedue i casi si trattava di utero bicorne, ed in uno dei corni era situato un feto. Per errore diagnostico, partendo dal concetto che la gravidanza fosse extra-uterina, si introdusse la sonda e conseguenza di questa manovra fu in ambedue i casi l'aborto.

b) Pur ammettendo una certa scarsità di casi simili, si capisce come ciò possa essere, quando si prenda in considerazione un fatto oramai entrato nel dominio della scienza, e cioè che le malformazioni uterine — come in genere le malformazioni di qualunque altro organo — le quali vengono ritenute quali arresti di sviluppo, altro non rappresentino in realtà che l'anomala persistenza nella specie umana di particolarità anatomo-morfologiche, le quali costituiscono la caratteristica di altre specie inferiori. Rappresentano, per così dire, caratteri degenerativi, e siccome dalla evoluzione della specie è voluto che tali caratteri vadano di pari passo scemando per grado e per numero col perfezionamento della stessa, così è anche naturale e facilmente spiegabile il graduale scemare delle malformazioni uterine e quindi anche dei casi, che possono vieppiù dimostrare la già discussa relazione causale tra anomalia uterina e presentazione podalica.

c) Pur essendo stati rilevati altri casi simili, ciò nullameno non si potè dar loro un valore dimostrativo per l'eventuale coesistenza di altri dati etiologici della presentazione podalica.

A proposito di presentazioni podaliche ripetute più volte in successive gravidanze in una stessa donna, mi piace qui ricordare un lavoro di A. Koettnitz, *Ueber Beckenendlagen* (1), nel quale l'autore, tra gli altri casi, cita quello di una donna, che su 13 parti 5 volte ebbe il feto in presentazione di podice; e quello di un'altra donna, dalla quale 5 sopra 6 feti nacquero in tale presentazione. Ricordo pure come dotato di gran interesse, un lavoro di Hans Schäublin, edito a Basilea nel 1888, « Ueber die Konstanz der Kindeslagen bei wiederholten Geburten, » in cui è illustrata da una quantità di casi clinici — che l'A. nella sua sfera professionale ebbe occasione di osservare a Basilea e a Stoccarda — la costanza delle presentazioni dell'estremo podalico in ripetute gravidanze.

---

(1) *Sammlung Klinischer Vorträge*, 1893, N. 88.

Per quanto interessanti queste relazioni di casi — tanto quelle del Koettnitz quanto quelle di Schäublin, — non vengono però ad assumere un carattere così importante come quello di Nourse e l'altro occorso nella Clinica di Parma, almeno rispetto al punto speciale della etiologia, che in queste note cercai di trattare; poichè in quelle non si fa cenno delle cause, che probabilmente possono aver influito sul ripetersi in successive gravidanze della stessa presentazione, e quindi non concorrono a stabilire la costanza di un unico momento causale: la malformazione dell'utero. A questo speciale riguardo invece più interessante deve riuscire quanto ci dice Pfannenstiel in un lavoro (1), in cui, parlando dei parti compiuti da donne, da lui osservate, con utero didelfo, asserisce di aver constatato sopra 13 parti 3 presentazioni podaliche con feti a termine, e quindi indipendentemente dalla influenza etiologica della prematuranza. Inoltre, due di queste presentazioni podaliche sono state osservate nella stessa donna.

Qualunque sia, in ogni modo, il momento etiologico, che nei singoli casi influisce sul ripetersi di una stessa presentazione fetale, è ammissibile, anzi assai verosimile che si possa parlare di una disposizione ereditaria: disposizione che appare tanto più manifesta quando si consideri che, mentre le presentazioni podaliche sono così rare nei casi ordinarî da raggiungere quel basso procento, che ognuno conosce, in molte famiglie esse hanno invece una frequenza straordinaria non solo, ma anche si verificano in più membri di essa (2). Secondo ogni apparenza adunque nelle presentazioni podaliche le disposizioni individuali e la ereditarietà non sono del tutto da rifiutarsi come momenti etiologici; e di ciò ci convinceremo vieppiù dando uno sguardo ad altri casi riportati nel sopracitato lavoro del Koettnitz e tolti dal giornale di una levatrice, tutti intesi a rafforzare il concetto della ereditarietà.

Tralasciando di farne una rivista, che potrebbe sembrar oziosa, mi limiterò ad osservare che l'accennato momento etiologico può del resto farsi rientrare in altri ordini di cause già presi in considerazione e cioè più specialmente nelle deformità uterine e nelle pelviche vizia-

---

(1) Pfannenstiel. « Ueber Schwangersechaft bei Uterus didelphys. » Breslau, 1894.

(2) Il dott. M. Pazzi « Studi di Ostetricia » Bologna, 1894. — ha descritto il caso clinico di una donna, che sopra 13 parti ebbe 6 volte il feto in presentazione di natiche sole; la madre aveva pure avuto sopra 12 parti parecchie presentazioni podaliche; sicchè l'A. si dichiara propenso ad ammettere una predisposizione ereditaria.

ture, per le quali appunto il concetto della trasmissione ereditaria viene accolto dalla maggior parte degli autori.

Prima di por fine a questa mia nota stimo opportuno, a sostegno del nesso etiologico tra malformaz. uterina e presentaz. podalica, il prendere in considerazione alcuni fatti, sui quali I. Pfannenstiel ed il prof. Truzzi richiamarono la nostra attenzione in seguito ad esami pelvimetrici.

Pfannenstiel, in un lavoro da me già sopra citato, occupandosi della gravidanza che si evolve in utero didelfo, nella razza umana, a spiegare come e perchè avvenga in determinati casi l'arresto di sviluppo utero-vaginale sotto forma di tale anomalia, ritiene che questa possa verificarsi in donne, in cui le due metà dell'intero corpo e sopratutto della parte bassa del tronco, compreso il bacino, tendono nel loro sviluppo congenito a distanziarsi oltre la norma; per cui, intercedendo maggiore distanza tra i due corpi di Wolff e tra i due dotti di Müller, verrebbe a mancare la fusione di questi ultimi risultandone così un utero didelfo. In altri termini, la eccezionale ampiezza del bacino in senso trasversale, la quale venne fino a Pfannenstiel considerata, nelle donne con utero doppio, secondaria allo sviluppo di tale viscere, e alla maggiore pressione eccentrica che in senso trasverso doveva esercitare sulle pareti pelviche, sarebbe invece a riguardarsi quale fatto primario. Per l'interesse che desta l'accennata coincidenza di fatti, utero doppio e pelvi trasversalmente ampia, il prof. Truzzi in una lezione pubblicata sulla *Clinica Moderna* in questo stesso anno, illustrando un caso di utero didelfo con vagina septa occorso nella Clinica di Parma, ha presentato alcune cifre pelvimetriche tolte dalle osservazioni di Pfannenstiel, di Curatulo, nonchè dall'esame della donna presentata alla scuola, e dalle misure praticate in un noto bacino del Museo di Bonn, appartenente a donna affetta da utero forse didelfo o forse semplicemente bicorne. Riproduco lo specchietto dalla *Clinica Moderna*.

QUATTRO PELVI	DIAM. SP. SP.	DIAM. CR. CR.	DIAM. BITR.	C E	C V	DIAM. TRASV. S. S.	DIAM. BISI-SCHIAT.
Caso Pfannenstiel .	30	32,5	35	18,5	—	—	—
Caso Curatulo. . .	26	29	—	20	—	—	—
Caso nostra Clinica.	26	29	33	19	—	—	12,5
Caso del Museo di Bonn	29,5	30,5	—	—	1075	15,5	13,75

Un'altra coincidenza, su cui richiamò l'attenzione degli ostetrici il prof. Truzzi al Congresso ostetrico-ginecologico recentemente tenutosi in Roma (Ottobre 1896), è quella relativa alle presentazioni podaliche in pelvi ampie.

In un materiale statistico raccolto dall'A. figurano 23 casi, in cui le misure pelviche, specialmente trasverse, eccedono alquanto le medie normali, e forse il numero reale è anche alquanto maggiore, poichè non in tutte le cartelle, di cui fece lo spoglio, trovò segnate le cifre della pelvimetria e probabilmente in parecchi casi sotto il nome generico di pelvi normale, quale si trova in dette cartelle, può essersi trattato di una pelvi più o meno eccedente nelle sue misure. Il significato di tale coincidenza fra bacino ampio e presentazione podalica è anche più rilevante quando si pensi che in alcune di tali donne la presentazione podalica ebbe a ripetersi più d'una volta. Il prof. Truzzi adunque pel primo fissò l'attenzione sopra un tale rapporto etiologico, mentre comunemente si accenna da tutti e non a torto alla importanza della ristrettezza pelvica come causa di presentazioni podaliche.

L'A., messo in rilievo il valore della sua statistica, a rendere più accettabile il suo concetto e a dargli un certo carattere di razionalità, avanza due modi di interpretazione. Crede cioè che talora si possa trattare « di un impegno precoce della parte presentata e della parte bassa dell'utero, le quali per l'eccesso dello spazio endopelvico si fanno pescanti nel medesimo, appena nel corso della gravidanza si renda un po' notevole la resistenza opposta dalle pareti addominali allo sviluppo utero-fetale; ed in tal caso una presentazione podalica, che ad epoca arretrata di gestazione trovava sua ragione nel fatto stesso della prematuranza, viene poscia a costituirsi come definitiva in seguito alla impossibilità per parte della estremità podalica di spostarsi dall'ingresso pelvico verso il fondo uterino. » A spiegazione di altri casi invece l'A., ricordando la relazione accennata da Pfannenstiel tra pelvi ampia e utero didelfo, osserva come possa darsi che quanto venne notato pei casi di una tale anomalia uterina si ripeta nelle pelvi di donne, il cui utero offre gradi minori di arresto di sviluppo e di mancata fusione dei dotti di Müller.

D'altra parte i casi descritti da Nourse, da Paul Steffens, da Pfannenstiel, e dei quali nel presente lavoro ho già fatto cenno, nonchè il caso di utero didelfo presentatosi quest'anno nella Clinica di Parma

in donna, che in quattro gravidanze ebbe una presentazione pure podalica, e l'altro interessantissimo caso da me descritto — casi tutti, nei quali o costantemente o con grande frequenza si ebbero con utero mal formato presentazioni podaliche, fanno pensare, come osserva il prof. Truzzi, che in gradi anche lievi di arresto di sviluppo per insufficiente fusione mulleriana, il fondo uterino, che in apparenza all'esterno è più ampio del normale, mentre realmente nella sua cavità è diviso come in due anguste logge dalla persistenza di un setto divisore più o meno esteso, accolga di preferenza per accomodazione l'estremo cefalico, massime a termine di gravidanza, in cui l'estremo podalico lo supera in volume e trova più ampio spazio in corrispondenza al segmento inferiore.

Riassumendo adunque dirò come i reperti pelvimetrici di Pfannenstiel e del prof. Truzzi si accordino nel dar conferma alla relazione etiologica, sulla quale ho insistito nella presente nota clinica. Infatti, se il primo ci fa conoscere la frequente coincidenza di uteri malformati (1), con pelvi ampie, il secondo mette in rilievo l'altra coincidenza pure non infrequente delle presentazioni podaliche con pelvi ampie. Sicchè, ricavando noi da queste premesse una logica conclusione, possiamo affermare che « in casi di bacini trasversalmente ampi è frequente a constatarsi un utero malformato con diametro trasverso maggiore del normale, nel quale il prodotto del concepimento molto spesso si accomoda in presentazione podalica, talora anche in ripetute gravidanze nella stessa donna. »

---

(1) Veramente il Pfannenstiel parla semplicemente di utero didelfo; ma, come osservai sopra, è probabile che quanto venne notato per questa anomalia uterina possa estendersi anche ai gradi minori di arresto di sviluppo per mancata fusione mulleriana.

Maternità annessa all'Hôtel Dieu - Parigi

A proposito di un caso di lacerazione centrale del perineo durante il parto

PEL

Dottor L. LAMBERTENGHI

Durante il periodo di tempo che passai in qualità di *stugiare* alla Maternità dell'Hôtel Dieu, a Parigi, ebbi campo di osservare in una giovane primipara, che io stesso assisteva durante il parto, prodursi la rottura centrale del perineo nel momento in cui la testa, deflettendosi, compiva il suo movimento di disimpegno.

L'accidente della rottura centrale del perineo, senza essere un fatto assolutamente raro, è però non molto frequente: e lo studio di tale complicazione presenta ancora oggi un certo interesse, perchè facendo un po' la critica su quanto è stato fin qui detto intorno a questo argomento, si possono trarre delle conclusioni tali, che a mio avviso modificano alquanto le opinioni emesse riguardo al pronostico, al trattamento profilattico e in certi punti anche al trattamento curativo di un simile accidente.

Ecco intanto la storia clinica:

N. N., d'anni 17, entra nella Maternità dell'Hôtel Dieu il 9 Luglio 1896. Nulla di notevole nei suoi antecedenti ereditari, non sa precisare quando cominciò a muovere i primi passi, però dice di aver sempre camminato bene. Nessuna malattia degna di speciale menzione. Non ricorda la data delle ultime mestruazioni nè quella della comparsa dei primi moti attivi. All' esame obbiettivo si trova l' addome disteso e l' utero misura dalla sinfisi pubica al suo fondo 32 centim. Colla palpazione si può precisare che si tratta di una presentazione di vertice impegnata in posizione O. I. S. A. I battiti cardiaci hanno il loro massimo di intensità a sinistra quattro dita trasverse sotto l'ombelico. Qualche varice agli arti inferiori. Urine normali. Coll' esplorazione si trova il collo completamente scomposto e una dilatazione di circa 3 centim. e si conferma in tutti i suoi particolari la diagnosi fatta coll'aiuto della palpazione. La paziente dice di aver sentito i primi dolori alla una dopo la mezzanotte. Alle dieci e mezza della stessa

mattina essendo la dilatazione completa si rompono artificialmente le membrane e cola il liquido amniotico in discreta quantità ma colorato fortemente in verde. In questo momento i battiti cardiaci fetali sono un po' lenti (102 pulsazioni al minuto) ma però abbastanza chiari. Le contrazioni uterine sono piuttosto deboli e a lunghi intervalli.

Alle 11 il dott. Lepage che dirige quel servizio, praticando l'esplorazione si accorge che la testa discesa nella parte bassa dello scavo, quantunque avesse già compiuto il suo movimento di rotazione, aveva però una certa mobilità sul suo asse trasverso tra la parte mediana della sinfisi pubica e l'eminenza ileo-settica sinistra, per cui, quantunque nulla si potesse percepire coll'esame, emise il dubbio che una mano avesse accompagnato la testa nella sua discesa e che facesse procubito.

Il travaglio progredisce lentamente e i battiti cardiaci si mantengono tra le 102 e le 117 pulsazioni al minuto. Dopo qualche tempo la testa si mostra all'anello vulvare: le contrazioni uterine a questo momento sono assai frequenti e valide, ma però mal secondate dagli sforzi della donna. A mezzogiorno la testa ha lasciato col suo fronte la punta del coccige e resta nel bacino molle senza però progredire sensibilmente: alle 12. 20 comincia ad avanzare, ma l'anello vulvare non si lascia distendere e lo trattiene come fosse un cerchio di caoutchou e impedisce il movimento di estensione; il perineo è disteso e assai lungo, e la vulva è portata un po' in avanti. La testa lentamente progredisce, e con grande difficoltà e senza produrre lacerazioni si arriva a disimpegnare le bozze parietali, ma al momento del disimpegno completo si produce una brusca lacerazione del perineo nel suo centro, attraverso la quale passa la mano destra del feto fino al polso. Il perineo durante tutto il periodo espulsivo nulla aveva presentato di anormale. Alla uscita completa della testa tutto l'avambraccio fino al gomito fa procidenza attraverso la lacerazione: lo si lava con soluzione antisettica, e lo si disimpegna facendolo prima rientrare in vagina, e si termina l'estrazione del feto, che nasce in stato leggermente asfittico: è di sesso femminile e pesa 2600 gr. I diametri della testa sono i seguenti: Of. 10 1[2, Sob. 9, Bpa. 8 1[2, Bt. 7 1[2, Bm. 7.

Esaminando gli organi genitali esterni della donna appena espulso il feto si trova che la forchetta e l'ano sono perfettamente integri, che a 3 centimetri dalla commissura posteriore e a 2 centimetri dall'ano esiste una lacerazione a bordi frastagliati, e introducendo il dito si arriva nella parete posteriore della vagina, essa pure lacerata per circa 2 centim. Attraverso questa apertura fuoriesce un sacchetto di membrane che viene subito ritirato in vagina dopo di averlo attentamente disinfettato. Il secondamento si fa in modo normale e la placenta pesa 390 gr. e nulla presenta di particolare. Terminato il parto si applicano tre punti di sutura con crine di Firenze nel luogo lacerato comprendendo con un solo strato anche i tessuti profondi.

Il puerperio decorre regolarissimo.

Al sesto giorno si levano i punti; l'adesione completa non si è fatta per prima, ma si fa benissimo per seconda intenzione e in dodicesima giornata la donna può lasciare la Maternità in ottime condizioni.

Il caso sopra esposto lascia campo ad alcune considerazioni. Anzitutto qui la lacerazione perineale non fu prodotta da alcuna malformazione di bacino. È bensì vero che esaminando attentamente la donna dopo il parto si poteva osservare che, a coscie avvicinate, la vulva era situata un po' più in alto che non abitualmente, e che quindi anche il perineo era un po' più lungo del normale, ma queste modificazioni da sole non erano tali da obbligare il perineo a rompersi nel suo centro. Nel nostro caso la lacerazione fu prodotta dalla mano che aveva accompagnato la testa nella sua discesa. Arrivata la testa nel bacino molle ogni qualvolta che, spinta dalla contrazione, cercava di progredire e di compire il suo movimento di estensione, la mano, serrata a pugno, spingeva sempre più la porzione bassa della vagina contro il perineo, ed essendo il disimpegno della testa alquanto ostacolato dalla ristrettezza e rigidità dell'anello vulvare, ne veniva di conseguenza che la mano continuava progressivamente la sua pressione contro il piano perineale, e quindi nel momento in cui una contrazione uterina più valida delle precedenti faceva deflettere la testa e permetteva il disimpegno delle bozze parietali, la mano sfondava il perineo e usciva attraverso la lacerazione.

La donna rimase due ore in periodo espulsivo: l'uscita del liquido amniotico tinto in meconio, i battiti cardiaci alquanto rallentati, potevano a prima vista consigliare una applicazione di forcipe. Ma esaminando le cose un po' più da vicino si potè concludere per l'inutilità di ogni intervento attivo, perchè il liquido si mostrò colorato al momento della rottura della membrana, e non dopo, e se le pulsazioni cardiache erano lente, erano però uniformi e continue; quindi si poteva concludere che il feto aveva sofferto anteriormente, ma che per il momento non aveva bisogno di alcun soccorso: e questo giudizio fu confermato dallo stato in cui nacque il bambino. E poi una applicazione di forcipe a cosa avrebbe condotto? A risparmiare la lacerazione centrale? No, perchè la mano avrebbe sempre agito col medesimo meccanismo di cui abbiamo parlato sopra, e quindi volendo in questo caso aiutare la natura si avrebbe fatto un' opera non buona, perchè certamente la lacerazione che fatalmente si sarebbe prodotta non si sarebbe

limitata a dimensioni così piccole, ma avrebbe guadagnato terreno o verso la forchetta, o verso l'apertura anale. Per cui; in grazia della condotta tenuta nel nostro caso, l'accidente si è limitato alla sua minima conseguenza, e la rapida cicatrizzazione della ferita permise di poter dimettere la donna dall'Ospizio in 12.ª giornata, e in ottime condizioni.

***

Scorrendo i diversi trattati di ostetricia e le rare memorie, nei punti che riguardano le lacerazioni perineali centrali, dappertutto si osserva che i diversi autori sono preoccupati tutti dalle complicazioni che possono derivare da una tale forma di lacerazione. E questa preoccupazione che ha fatto sbizzarrire tanti cervelli nella ricerca del modo migliore di impedire le lacerazioni centrali o di ridurle ai loro minimi termini, sta nel pericolo della lesione degli sfinteri anali o del retto intestino. È tanto vero questo fatto che in un'osservazione recentissima pubblicata dal dottor Choteau (1) si leggono queste testuali parole: « L'observation ci-dessus présente ceci de particulier que le rectum et la commissure antérieure sont restés intacts après l'issue d'un enfant à terme et vivant. »

Sotto una energica contrazione uterina, sotto uno sforzo mal diretto e mal sostenuto, una parte fetale sfonda il perineo nel suo centro, una nuova contrazione spinge il feto attraverso questa nuova apertura: l'ostetrico, la levatrice che assistono il parto sono colti da un brivido di terrore perchè vedono già l'ano e il retto aperto... Ebbene no, 90 volte su 100 il feto passa, lasciando integri l'ano, il retto e la forchetta.

Maran (2) prima, Charpentier poi (3), e da ultimo Delcroix (4) hanno raccolto un certo numero di osservazioni di lacerazione centrale. Ci sembra opportuno di unirle tutte insieme nei loro punti principali, aggiungere a questa qualched'un'altra trovata qua e là nella letteratura di questi ultimi anni, e dall' esame imparziale di esse potremo trarre degli utili ammaestramenti riguardo al pronostico e alla condotta da tenersi in simili casi (5).

---

(1) Choteau. *Le Nord Médical,* 15 Giugno 96: « Observation de déchirure centrale du perinée. »

(2) Maran. Thèse de Paris, 1886.

(3) Charpentier. *Ann. de Tocologie,* 1885.

(4) Delcroix. Thèse de Paris, 1891.

(5) Si capisce, abbiamo riprodotte solo le osservazioni più complete, almeno in quella parte che riguarda la conseguenza immediata di questo accidente.

Maran.

N.	Autore	Età	Parità	Presentazione e posizione	Durata del travaglio	Durata del periodo espulsivo	Da cosa è prodotta la lacerazione	Come finisce il parto	Stato degli sfinteri e della forchetta	Osservazioni
1	Depaul	26	1	V. S. A.	2 h. $^1/_2$	$^1/_2$ h.	Vertice	Attraverso la lacerazione	Intatti	Dolori molto forti. Persistenze dell'anello viscer.
2	Medey de Besançon	—	—	—	—	—	—	?	Idem	La lacerazione si produsse.
3	Contoly	25	2 aborti preced.	V.	—	—	Vertice	Attraverso la lacerazione	Idem	Accessi violentiss. di tosse accompagnano il parto.
4	Tiebault	—	—	V.	—	—	—	Idem	Idem	Divaricamento delle ossa del pube. Partorì da sola.
5	Joubert	23	—	V.	—	—	Vertice	Idem	?	
6	Denman	—	—	—	—	—	—	Per le vie naturali.	Intatti	Residui cicatriziali alla forchetta.
7	Champenois	—	—	—	—	—	—	Attraverso la lacerazione.	Lacerato lo sfintere anale	Incontinenza di feci.
8	Idem	—	—	—	—	—	—	Per le vie naturali.	Intatti	Preesistente cicatrice da ustione alla vulva. Resistenza straordinaria dell'anello vulvare. Una incisione nel rafe mediano impedisce la lacerazione uretrale.
9	Meckel	—	—	—	—	—	—	?	Idem	
10	Evrat	19	—	V. S. A.	—	—	Vertice	Attraverso la lacerazione.	Idem	La lacerazione si porta verso la tuberosità ischiatica sinistra e salva gli sfinteri.
11	Trinchinetti	34	—	—	—	—	—	?	Idem	

N.	Autore	Età	Parità	Presentazione e posizione	Durata del travaglio	Durata del periodo espulsivo	Da cosa è prodotta la lacerazione	Come finisce il parto	Stato degli sfinteri e della forchetta	Osservazioni
12	Trinchinetti	—	—	—	—	—	—	Attraverso la lacerazione.	Ano lacerato	
13	Lachapelle	—	Primipara	—	—	—	—	Per le vie naturali.	Intatti	Dubois taglia il ponte tra la forchetta e la laceraz.
14	Idem	—	—	—	—	—	—	?	Idem	
15	Dupuy	—	IVpara	Podalica	—	—	—	Per le vie naturali.	Idem	
16	Merciman	—	—	V. ?	—	—	Vertice	Attraverso la lacerazione.	Idem	Travaglio rapido.
17	Franck	—	—	V. ?	—	—	Da un braccio	Idem	?	
18	Poucher	32	Primipara	—	—	—	—	Idem	Intatti	
19	Jungmann	37	—	V. ?	—	—	Vertice	Incisione del ponte.	?	Si era formato un punto cancrenoso che andava dall'ano al punto di mezzo del perineo. Cicatrice preesistente alla forchetta.
20	Macher	25	Primipara	V. ?	—	—	Idem	Attraverso la lacerazione.	Intatti	Dolori forti. Un travaglio lungo.
21	Velpeau	—	Idem	V. ?	—	—	Idem	Idem	Idem	
22	Gravis e Lebrum	19	Idem	—	—	—	—	Idem	Idem	Qualche giorno dopo il parto sotto lo sforzo del defecare si ruppe il ponte tra la forchetta e la lacerazione. Fistola.

N.	Autore	Età	Parità	Presentazione e posizione	Durata del travaglio	Durata del periodo espulsivo	Da cosa è prodotta la lacerazione	Come finisce il parto	Stato degli sfinteri e della forchetta	Osservazioni
23	Vallet	22	Primipara	V. ?	—	—	—	Attraverso la lacerazione	Intatti	Si accorge della lacerazione quattro giorni dopo il parto. La lacerazione andava dalla forchetta, integra, sino allo sfintere anale senza però intaccarlo.
24	Dupuytren	38	Idem	V. S. A.	4 h.	—	Vertice	Idem	Idem	
25	Biaute	25	Idem	V. S. A.	—	—	Da un braccio	Idem	Idem	
26	Dudon	31	Idem	V. ?	22h.$^1/_2$	1 h.	Vertice	Idem	Idem	Sotto una forte contrazione si produsse una apertura raggiata tra l'ano e la forchetta attraverso la quale passarono le braccia, il petto e da ultimo la testa.
27	Stolz	27	Idem	V.	19h.$^1/_4$	4h.$^1/_4$	Idem	Idem	Idem	La lacerazione aveva la forma di un Y.
28	Augé	—	—	—	—	—	—	Idem	Idem	La levatrice dopo di aver somministrata alla partoriente della segale cornuta, si addormentò e la donna partorì da sola.

Charpentier.

N.	Autore	Età	Parità	Presentazione e posizione	Durata del travaglio	Durata del periodo espulsivo	Da cosa è prodotta la lacerazione	Come finisce il parto	Stato degli sfinteri e della forchetta	Osservazioni
29	Charpentier	21	Primipara	V. S. A.	14h. $^1/_2$	1 h. $^1/_2$	Dal gomito	Per le vie naturali	Intatti	La vulva è orientata in avanti. Trombo a livello della forchetta. La rottura si produsse al momento della sortita della testa dalla vulva.
30	Frank	—	—	Vert. ?	—	—	Dal braccio	Idem	Idem	Attribuisce la causa ad una esagerata inclinazione del bacino, essendo la commissura posteriore portata in alto e in avanti. Applicazione di forcipe.
31	More-Madden	—	—	Vert.	—	—	Idem	Idem	Idem	Mentre esercita le trazioni il perineo si rompe nel suo centro.
32	Kroner	—	—	Vert.	—	—	Dal gomito	?	Idem	
33	Breiter	24	Primipara	Vert.	—	—	Idem	Attraverso la lacerazione	Idem	Fistola vagino-perineale guarita più tardi.
34	Jacohson	25	Idem	V. S. A.	—	—	Dalla testa	Idem	Idem	Lunghezza del perineo. Direzione in avanti della vulva. Cattiva protezione del perineo. Partorisce tre volte dopo senza incidenti.
35	Grenser	—	—	V.	—	—	Dal braccio	Idem	Idem	Larghezza del perineo. Ristrettezze della vulva, Contrazioni uterine energiche. Rotazione O. S.

N.	Autore	Età	Parità	Presentazione e posizione	Durata del travaglio	Durata del periodo espulsivo	Da cosa è prodotta la lacerazione	Come finisce il parto	Stato degli sfinteri e della forchetta	Osservazioni
36	Quadrat	21	Primipara	V. ?	—	—	Dalla testa	Attraverso la lacerazione	Intatti	Vulva stretta. Perineo corto. Piccola inclinazione del bacino. Lacerazione dall'avanti a destra, all'indietro a sinistra.
37	Idem	37	IIIpara	V. ?	—	—	Idem	Idem	Idem	Lacerazione perineale antecedente. Piccola inclinazione del bacino. La lacerazione giunta vicino all'ano si biforca e rispetta questo orificio.
38	Simpson	—	Primipara	V. ?	—	—	Idem	Idem	Idem	Fistola vagino-perineale che persisteva ancora dopo un anno.
39	Depaul	—	Idem	V. ?	—	—	Idem	Idem	Idem	Nessuna alterazione nel bacino osseo e nel bacino molle.
40	Stolz	27	Idem	V. S. A.	20 h. $^1/_4$	4 h. $^1/_4$	Idem	Idem	Intatti. Lacerata la parete retto-vaginale.	L'angolo superiore della lacerazione si dirigeva un po' lateralmente nel grande labbro di destra. Lo sfintere anale scoperto ma intatto. La parete retto-vaginale lacerata. Un anno dopo esisteva ancora una fistola vagino-perineale attraverso la quale si era impegnato il collo dell'utero prolassato.

N.	Autore	Età	Parità	Presentazione e posizione	Durata del travaglio	Durata del periodo espulsivo	Da cosa è prodotta la lacerazione	Come finisce il parto	Stato degli sfinteri e della forchetta	Osservazioni
41	Bleyni	—	Primipara	V.	21 h.	6 h.	Dalla testa.	Attraverso la lacerazione	Intatti	Dopo 6 ore di periodo espulsivo si applica il forcipe. Quando la testa è giunta al piano perineale si abbandona il forcipe lasciandolo in posto. Si lacera il perineo nel suo centro e la testa sfugge dalle cucchiaia del forcipe, e il feto uscì attraverso la lacerazione. Fistola vescico-vaginale.
42	Howitz	26	IIpara	V.	3 h.	—	Idem	Idem	Idem	Lacerazione perineale in parto precedente. Mentre la donna era andata al gabinetto si produce la lacerazione con una direzione obbliqua.
43	Marley	25	Primipara	V. ?	—	—	Idem	Idem	Idem	Pube appiattito e basso.
44	Reève	33	IIIpara	V. ?	—	—	Idem	Idem	Gli sfinteri anali lacerati	La donna si era levata e seduta sul vaso quando una forte contrazione determinò la lacerazione del perineo nel suo centro.
45	Rutherford	16	Primipara	—	—	—	—	Idem	?	Morì tre giorni dopo per infezione puerperale.
46	Idem	35	Idem	V. ?	—	—	Dalla testa	Idem	Intatti	Rotazione O. S.

N.	Autore	Età	Parità	Presentazione e posizione	Durata del travaglio	Durata del periodo espulsivo	Da cosa è prodotta la lacerazione	Come finisce il parto	Stato degli sfinteri e della forchetta	Osservazioni
47	Kenry	—	—	V.	—	—	Dalla testa	Attraverso la lacerazione.	Intatti	L'A. dice che il feto passò attraverso la parete retto-vaginale, ma aggiunge che la donna dopo 4 giorni era perfettamente guarita: quindi è logico supporre che il tramezzo retto-vaginale sia rimasto illeso e che il feto sia passato unicamente attraverso l'apertura perin.
48	Evrat	19	—	V. S. P.	—	—	Idem	Idem	Idem	La lacerazione è irregolare e si dirige a destra nella direzione della branca ascendente dell'ischio contornando l'ano e depassando in avanti la commissura posteriore.
49	Charpentier	—	Primipara	V. D. P.	48	—	Idem	Attraverso la lacerazione perineale resa completa mediante il taglio del ponte.	Ano integro	Donna affetta da rachitismo C. V. 8 $^1/_2$. Applicaz. di forcipe. Quando stava per togliere le branche del forcipe, in seguito ad una viva contraz. si produsse la lacerazione perineale, e la testa minacciava di passare per l'apertura trascinando seco il forcipe. Taglio del ponte. Applicazione di serre-fines.

N.	Autore	Età	Parità	Presentazione e posizione	Durata del travaglio	Durata del periodo espulsivo	Da cosa è prodotta la lacerazione	Come finisce il parto	Stato degli sfinteri e della forchetta	Osservazioni
50	Charpentier	—	Primipara	V. D. P.	36	—	Testa e forcipe	Attrav. la laceraz. perin. resa completa mediante il taglio del ponte.	Forchetta sezionata artificialmente	Due applicazioni di forcipe. Nel momento in cui leva il forcipe si produce la lacerazione. Sezione del ponte.
51	Idem	—	IIpara	V. D. P.	—	—	Testa	Idem	Idem	La testa si disimpegna obliquamente in D. A. Sezione del ponte.
52	Denman	—	—	V. ?	—	—	Idem	Per le vie naturali	?	
53	Brunatti	—	Primipara	V. ?	—	—	Idem	Idem	?	Applicazione di forcipe a feto morto.
54	Busch	—	—	V.	—	—	Idem	?	Intatti	Applicazione di forcipe.
55	Lachapelle	—	Primipara	—	—	—	—	?	Idem	
56	Idem	—	Idem	V.	—	—	Testa	Per le vie naturali	Idem	Tutti gli sforzi messi in pratica dall'A. non impediscono la lacerazione.
57	Idem	—	Idem	V.	—	—	Idem	Idem	Idem	La lacerazione si dirigeva verso una natica.
58	Idem	22	Idem	V.	—	—	Idem	Idem	Idem	La pelle e la mucosa esterna dell'ano solo erano intaccate.
59	Idem	24	Idem	V.	--	—	Idem	Idem	Intatti, retto lacerato	Le materie fecali liquide passano attrav. la vulva.
60	Duman	25	—	V. S. A.	—	—	Idem	?	Intatti	
61	Idem	25	—	V. S. A.	—	—	Idem	Per le vie naturali	Idem	

N.	Autore	Età	Parità	Presentazione e posizione	Durata del travaglio	Durata del periodo espulsivo	Da cosa è prodotta la lacerazione	Come finisce il parto	Stato degli sfinteri e della forchetta	Osservazioni
62	Duman	28	—	V. S. A.	—	—	Testa	Per le vie naturali	Intatti	Lacerazione obbliqua.
63	Liebeman	22	Primipara	V.	—	—	Idem	Idem	Idem	
64	Idem	22	Idem	V.	—	—	Idem	Attraverso la laceraz. completata	Intatti gli sfinteri anali e il retto	Perineo normale. Nel momento in cui si pratica la manovra di Ritgen si lacera il ponte tra la forchetta e la ferita.
65	Idem	—	—	—	—	—	—	Attraverso la lacerazione	Intatti	
66	Masini	23	Primipara	V. S. A.	—	1 h.	Testa	Attraverso la laceraz. completata	Sfinteri anali e retto integri.	Dice che la sinfisi pubica si presentava di un'altezza maggiore del normale e ristretta nella sua arcata. La vulva guardava all' indietro. Applicazione di forcipe, per correggere la distocia ed impedire che il feto passasse attraverso la lacerazione. Rottura del ponte.

N.	Autore	Età	Parità	Presentazione e posizione	Durata del travaglio	Durata del periodo espulsivo	Da cosa è prodotta la lacerazione	Come finisce il parto	Stato degli sfinteri e della forchetta	Osservazioni
67	Delcroix	27	Primipara	V. S. A.	8 h. $^1/_2$	$^1/_2$ h.	Testa	Attraverso la lacerazione	Intatti	La lacerazione aveva guadagnato terreno all'indietro e in avanti, ma obbliquamente a destra, rimontante in una direzione parallela al grande labbro di destra. Il perineo era più lungo che d'ordinario e la vulva era orientata in alto e in avanti.
68	Rihemont e Dessaingnes	21	Idem	Podalica N. S. I. D. P.	41	4 $^1/_2$	Da un piede	Attraverso la lacerazione resa completata	Il retto è come dissecato tutto all'ingiro, però integro nella sua totalità e nei suoi sfinteri	Si fa artificialmente la rotazione interna. Ripetuti e vani tentativi per abbassare il piede. Trazioni senza risultato sulla plica inguinale. Applicazione di forcipe che lascia la presa. Applicazione del basiotribo. D'un tratto un piede sfonda il perineo nel suo centro. Incisione del ponte. Estrazione del feto.
69	Idem	23	Idem	V. ?	—	—	Testa	Attraverso la lacerazione centrale	Intatti	Partorì da sola.

N.	Autore	Età	Parità	Presentazione e posizione	Durata del travaglio	Durata del periodo espulsivo	Da cosa è prodotta la lacerazione	Come finisce il parto	Stato degli sfinteri e della forchetta	Osservazioni
70	Ribemont e Dessaingnes	25	Primipara	—	—	—	—	Attraverso la lacerazione centrale	Ano aperto	Ha partorito da sola a casa sua. Entra all'Ospedale colla lacerazione che è incominciata al disopra dei limiti del perineo ed è apparsa prima nella plica che separa il piccolo dal grande labbro. Incontinenza di feci.
71	Idem	—	—	—	—	—	—	Attraverso la lacerazione	Intatti	La laceraz. ha una direzione obbliqua a destra verso l'ano e a sinistra verso la vulva. Imene integro.
72	Idem	—	—	—	—	—	—	Per le vie naturali	Idem	Bottoniera al centro del perineo interessante soltanto la pelle.
73	M.me Henry	31	Primipara	V. ?	—	2 h.	Testa	Idem	Idem	Procidenza di cordone. Feto morto, la lacerazione era piccolissima.
74	Jergusson	25	Idem	V. ?	—	—	Idem	Attraverso la lacerazione	Idem	Altezza esagerata della sintesi pubica e restringimento dell'arcata pubica.
75	Idem	—	IIIpara	V. ?	—	—	Idem	Per le vie naturali	Idem	Applicazione di forcipe dopo la lacerazione. Perineo già lacerato in parto precedente.
76	Joffrion	32	Primipara	V. S. A.	16 h.	1 h.	Da un gomito	Idem	Idem	Il gomito produce la laceraz. quando la testa aveva già passato completamente l'anello vulvare.

N.	Autore	Età	Parità	Presentazione e posizione	Durata del travaglio	Durata del periodo espulsivo	Da cosa è prodotta la lacerazione	Come finisce il parto	Stato degli sfinteri e della forchetta	Osservazioni
77	Munster	32	—	—	—	—	—	Attraverso la lacerazione	Intatti	L'A. viene chiamato quando il feto era già espulso.
78	Charpentier	21	Primipara	V. S. A.	—	—	Dal gomito	Per le vie naturali	Idem	
79	Potocki	20	Idem	V. D. P.	—	2 h. 1/4	Testa	Per la laceraz. completata	Ano interessato per un centim.	
80	Boissard	21	Idem	V. D. P.	—	—	Idem	Idem	Intatti	L'apert. vulv. è orientata in alto ed in avanti. Il capuccio della clitoride è sulla faccia inferiore del pube.
81	Wells	21	Idem	—	—	Più di 4 ore	—	Per le vie naturali	Idem	Colla testa al piano perineale e l'occipite alla vulva il parto si arresta per tre ore. Somministrazione di ergotina.
82	Beverly-Cole	24	Idem	V. ?	—	—	Testa	Attraverso la lacerazione	Idem	Imene quasi integro.
83	Bonneau de Courçon	20	Idem	V. S. A.	—	—	Braccio	Per le vie naturali	Idem	Il braccio ha attraversato il perineo.
84	Slavianski	23	Idem	V. ?	—	1 h.	Testa	Attraverso la lacerazione	Idem	Partorisce da sola. Imene integro.
85	Em. Kahn (*Centralblat für Gynæk.*, 1895)	19	Idem	—	—	—	—	Idem	Idem	Vulva ristret. Imene lacer. all'avanti e all'ind. Perineo assai lungo. La donna partorì da sola, per cui la osser. non può essere completa. La rott. centrale fu constata solo dal momento del suo ingresso in Clin.

N.	Autore	Età	Parità	Presentazione e posizione	Durata del travaglio	Durata del periodo espulsivo	Da cosa è prodotta la lacerazione	Come finisce il parto	Stato degli sfinteri e della forchetta	Osservazioni
86	Rigelow (*Cent. für Gyn.* 1878, pag. 287)	18	Primipara	V. S. A.	—	—	Testa	Attraverso la lacerazione	Intatti	La testa rimase nel bacino molle per tre ore, e la straordinaria distensione del perineo non potè essere diminuita nemmeno col cloroformio. Il dito dell'ostetrico che poggiava sul perineo eseguendo un piccolissimo sforzo lo ruppe. La paziente guarì senza trattamento alcuno.
87	Kantelbac (*Cent. für Gyn.* 1883, pag. 457)	31	IIpara	Podalica	—	—	Piede	Per le vie naturali	Intatti. Lacerazione del setto retto-vaginale.	Il piede destro produsse la lacerazione del setto retto-vaginale e sortì dall'ano. Fu respinto all'indietro, e durante questa manovra e quella dell'estrazione del feto si produsse una lacerazione nel perineo a due cent. della commissura posteriore.
88	Sitzinski (*Cent. für Gyn.* 1896 N. 8).	27	Primipara	V. S. A.	12	1 h.	Testa	Attraverso la lacerazione	Intatti	Perineo lungo. La levatrice temendo una rottura pratica due incisioni laterali di un cent. di profondità. Ma alla comparsa di un nuovo dolore la mano della levatrice che sosteneva il perineo, fu respinta

N.	Autore	Età	Parità	Presentazione e posizione	Durata del travaglio	Durata del periodo espulsivo	Da cosa è prodotta la lacerazione	Come finisce il parto	Stato degli sfinteri e della forchetta	Osservazioni
										dalla testa che si era aperta una breccia attraverso ad esso.
89	Matthei (*Wochenschrift Deutsche Medicinische*, 10 Marzo 93)	34	IIIpara	Podalica	—	—	Piede	Attraverso la lacerazione	Intatti	Prolasso uterino dopo il secondo parto. Operazione. Bordi della lacerazione frastagliati. La parete posteriore della vagina presentava delle profonde lacerazioni.
90	Idem	27	Idem	V. S. A.	—	—	Testa	Idem	Idem	Al 7.° mese della sua seconda gravid. cadde sul perineo producendosi delle lesioni a questo e alla vulva che lasciarono come reliquati una cicatrice in corrispondenza alla commissura posteriore; il parto si compiè regolarmente. In occasione del suo terzo parto al momento del disimpegno della testa il perineo era talmente assottigliato da sembrare la testa appena incapucciata di un sottilissimo velo. Si cercò di respingerla e di sostenere il perineo, ma questo si

N.	Autore	Età	Parità	Presentazione e posizione	Durata del travaglio	Durata del periodo espulsivo	Da cosa è prodotta la lacerazione	Come finisce il parto	Stato degli sfinteri e della forchetta	Osservazioni
										ruppe nel suo centro e la testa uscì in S. A. Sul perineo, dopo uscito il feto si osservava a due centimetri dalla forchetta una lacerazione che si estendeva fino all'ano attraverso la quale la mano intera poteva penetrare in vagina. A sinistra, presso la vulva la lacerazione si continua interessando in alto la cute fino al clitoride in modo che il grande labbro sinistro è così interessato nella lacerazione.
91	Chotean (*Le Nord Medical*, 15 Giugno 90)	25	Primipara	—	—	—	—	Attraverso la lacerazione	Intatti	Curvatura enorme del perineo. L'A. arrivò presso la donna quando il feto era già passato attraverso la lacerazione.

Riepilogando i 92 casi di lesione centrale del perineo durante il parto, vediamo che 74 volte il perineo si è lacerato senza dar luogo a delle complicazioni di sorta. La *restitutio ad integrum* fu la regola per quasi tutti i casi e questa avvenne in un tempo relativamente breve, sia in seguito a trattamento, sia abbandonata la lesione a sè stessa; in pochissimi casi persistette per un tempo più o meno lungo la fistola vagino-perineale. Negl'altri 18 casi abbiamo avuto delle lesioni immediate che si possono considerare come di stretta dipendenza di un tale accidente.

Tra questi 18 casi abbiamo che cinque volte è stato interessato più o meno profondamente l'orificio anale solo o con compartecipazione del retto intestino (osserv. 7.ª, 12.ª, 14.ª, 44.ª, 70.ª). Una volta l'ano fu interessato per meno di un centimetro (osserv. 79.ª). Una volta si è avuto la lacerazione spontanea della forchetta, e la trasformazione della lesione primitiva in una delle solite forme di lacerazione perineale (osserv. 66.ª). Otto volte si è artificialmente sezionato quel tratto di tessuto compreso tra l'angolo inferiore della ferita e la commissura posteriore. Fra questi, due volte si è notata la lesione dell'orificio anale. In cinque casi mancano indicazioni. Quattro volte si ha avuta la lesione nel setto retto-vaginale (osserv. 19.ª, 40.ª, 49.ª, 87.ª).

Cinquanta volte il feto è passato attraverso alla lacerazione. Venticinque volte il parto avvenne per le vie naturali. Nove volte il parto si compì come nei casi ordinari di lacerazione perineale. In otto casi non si conosce l'andamento del parto.

Dunque considerando la totalità dei casi osservati, e trascurando l'osservaz. 79.ª in cui la lesione è quasi nulla, abbiamo una percentuale di lesioni apprezzabili del 5.44. E tenendo calcolo soltanto dei 50 casi in cui il feto passò attraverso la nuova apertura, la percentuale della lesione, di diretta dipendenza di un tale accidente, è del 10.

Studiando un po' da vicino i casi in cui l'orificio anale venne interessato, vediamo che nel caso di Jungmann (oss. 19.ª) si era formato prima della lacerazione centrale un punto cancrenoso tra l'ano e il perineo, dovuto senza alcun dubbio alla compressione dei tessuti. L'osservazione 44.ª di Reève ci fa conoscere che la donna qualche minuto prima di partorire si era recata al vaso e sotto gli sforzi del defecare essendo entrata in scena una contrazione uterina si produsse la lacerazione e l'espulsione del feto attraverso ad essa. In uno dei casi ri-

portati dal Ribemont Dessaignes (osserv. 70.ª) si ha che la donna ha partorito da sola senza l'assistenza della levatrice.

Dunque in questi tre casi le complicazioni furono determinate da un complesso di cause delle quali si può considerare come quasi estranea la lacerazione centrale: anzi si può dire che in queste condizioni anche una lesione avente il suo punto di partenza alla forchetta, sarebbe stata accompagnata dalle complicazioni che noi veniamo studiando.

Per quanto riguarda i quattro casi in cui si ebbe la lesione del setto retto-vaginale poco rimane a dire. Disgraziatamente tre casi sono privi di indicazioni riguardo alla durata del periodo espulsivo, nell'altro (osserv. 40.ª) il periodo espulsivo durò 4 ore e $^1/_2$. Questi quattro casi non entrano nel nostro campo; la lunga persistenza della testa fetale nelle parti molli aveva da sola determinato la necrosi dei tessuti e quindi la lesione del tramezzo retto-vaginale.

In tutti gli altri casi la lacerazione prodottasi anche nelle condizioni le più sfavorevoli si è limitata al perineo. Infatti riandando le osservazioni si riscontrano parecchi casi in cui la terminazione del parto avvenne in condizioni speciali: ad esempio le osserv. 28.ª e 69.ª, portano che la donna partorì da sola senza che l'assistenza della levatrice o dell'ostetrico avesse potuto regolare il brusco progredire della testa.

Dunque riassumendo tutto quello che siamo andati dicendo fin qui, vediamo confermata l'opinione emessa in principio, che cioè nei casi in cui si determina la lacerazione centrale del perineo, l'integrità degli sfinteri è la regola, mentre l'eccezione è data da quei casi in cui essi vengono più o meno interessati. E ciò si spiega. Il perineo che durante la progressiva e prolungata distensione che in esso esercita la parte fetale che si presenta, ha potuto estrinsecare tutta la sua elasticità, aumentata questa anche da quella sua anormale lunghezza, fatto che si osserva quasi sempre nei casi di lacerazione centrale, quindi al momento in cui il feto passa attraverso questa nuova apertura, il perineo ha in sè abbastanza stoffa da formare un orificio di un diametro tale da permettere, da solo, il passaggio di un feto a termine. In quei casi poi, in cui, sia per il brusco passaggio del feto, sia per un esagerato volume della parte presentata, l'apertura che si è prodotta a carico del perineo non basta, la lacerazione in generale si estende, o in alto, lateralmente verso una delle piccole o grandi labbra, o in basso verso

una tuberosità ischiatica, oppure circonda, dissecandolo, l'orificio anale, il quale però resta integro (osserv. 68.ª). Risulta dunque da tutto quello che abbiamo visto che la lacerazione centrale del perineo, va considerata come una lacerazione perineale comune, e che le probabilità di lesione degli sfinteri sono di pochissimo maggiori di quelle che si hanno quando o naturalmente o istrumentalmente si produce una lacerazione estesa del perineo che ha il suo punto di partenza alla forchetta.

***

Qual'è il meccanismo che produce la lacerazione centrale del perineo?

Molte cause vennero invocate per spiegare questo accidente. Delcroix (1) dice che l'eziologia della lacerazione centrale è assai complessa e dà la seguente classificazione:

1.° Cause risultanti dalla conformazione speciale del bacino osseo:

a) esagerata curvatura del sacro;

b) sacro rettilineo;

c) rilasciamento e poca solidità dell'articolazione sacro-coccigea;

d) altezza della sinfisi pubica;

e) ristrettezza dell'arcata pubica;

f) allontanamento degli ischii.

2.° Cause risultanti dalla conformazione del perineo e delle parti molli:

a) lunghezza esagerata del perineo;

b) ostacoli vulvari creati per: 1.° la conservazione dell'imene; 2.° ristrettezza; 3.° la posizione elevata e la direzione in avanti dell'orificio vulvare.

3.° Cause provenienti dalla irregolarità della contrazione uterina e dagli sforzi della partoriente.

Questa classificazione che ci presenta il Delcroix è, a nostro parere, troppo scolastica, e in parecchi punti non sfugge ad una minuta critica. E infatti molte delle cause che sono segnate come capaci da esse sole a produrre l'accidente della rottura centrale del perineo o non sono vere, oppure agiscono indirettamente portando nel bacino tali

---

(1) DELCROIX. Loco citato.

modificazioni, che col concorso di un' altra determinata causa possono determinare la lacerazione centrale; vale a dire esse possono figurare fino ad un certo punto come cause predisponenti.

Non è l'esagerata curvatura del sacro in sè stessa, invocata dal Dupuytren e dal Velpeau, non è il sacro rettilineo, non è l'altezza della sinfisi pubica, come hanno cercato di dimostrare prima il Masini, poi il Charpentier, che possono predisporre all'accidente della rottura centrale del perineo: la causa è più semplice, essa la si deve cercare nella breve inclinazione del bacino che si nota quasi sempre nei casi di una simile lesione.

Infatti in parecchie osservazioni, un po' dettagliate, si vede che gli autori hanno notato in quasi tutte le donne che furono vittime di una tale complicazione al momento del parto, che esse presentavano una orientazione della vulva diversa del normale, ed era situata molto più in alto che d'ordinario. Charpentier aveva attribuito questa orientazione speciale della vulva ad una maggior altezza della sinfisi pubica. Ma lo studio diligente e minuzioso fatto dal Pinard (1) su trecento bacini ossei ha dimostrato quanto sia raro un fatto di questa natura, non avendo egli mai trovato una sinfisi pubica che misurasse più di cinque centimetri di altezza. Anche Boissard (2) spiega la difficoltà che si osserva qualche volta nella terminazione del parto colla mala orientazione della vulva. Esso dice, che l'orificio di sortita, lungi dall'occupare sempre la medesima direzione e la medesima altezza, si trova qualche volta più o meno elevato, e in questi casi la commissura posteriore può avvicinarsi tanto al bordo della sinfisi che l'estremità superiore della fenditura vulvare comincia sulla faccia anteriore del pube, e il cappuccio della clitoride parte quasi dal bordo superiore della sinfisi; e aggiunge che se si sono trovate delle sinfisi che misuravano 6, 7, 8 cent., la causa però della difficoltà della terminazione del parto non è per nulla dovuta alla altezza della sinfisi, bensì alla speciale orientazione della vulva: e l'ostacolo sarà tanto più considerevole quanto più la vulva sarà orientata direttamente in avanti, e in alto.

Carbonelli (3) nel suo accurato lavoro sul perineo viene anch'esso

---

(1) Pinard. Thèse de Paris, 1874.

(2) Boissard. Thèse de Paris, 1884.

(3) Carbonelli. « Il perineo, » 1893.

abbastanza estesamente in queste considerazioni, ed accetta, accompagnandole da lunghe dimostrazioni, le idee del Boissard, e dice che è geometricamente dimostrato il parallelismo che esiste tra la direzione della vulva e l'inclinazione della prima vertebra sacrale, e per spiegare l'accidente della rottura centrale del perineo, dice che la causa logica deve unicamente cercarsi nel cambiamento di direzione dell'asse del nuovo canale,

Infatti quando la testa del feto discende nello scavo, segue una direzione più o meno rettilinea, mentre la linea di uscita forma coll'asse dello scavo un angolo o retto o più o meno acuto. Nei casi in cui quest'angolo diventa più marcatamente acuto, la testa sarà obbligata ad appoggiare contro il fondo del perineo, il quale per la inclinazione speciale del bacino avrà aumentata la sua lunghezza e si sarà reso più sottile, formando così una specie di infundibolo che sarà disteso e compresso dalla parte presentata: ed a causa dell'acutezza dell'angolo formato dall'incontro dei due assi sarà ostacolato il movimento di ascesa della parte fetale e ad un dato momento e per una causa determinata il perineo verrà sfondato e aperto nella sua porzione centrale.

Quale può essere la causa determinante?

La ristrettezza della vulva, la persistenza dell'imene, come disse Budin, giuocano una parte importante nella produzione di un tale accidente. La testa scesa nel bacino molle, mercè le contrazioni uterine che si succedono con crescente energia, continua a progredire e comincia a mostrarsi alla vulva comparendo e disparendo, finchè la fronte non ha passato la punta del coccige e intanto comincia a distendere il perineo. Quando la testa si è completamente disimpegnata dal bacino osseo, il cingolo perineale che la abbraccia agisce energicamente per produrre la deflessione e nei casi di soverchia resistenza della vulva è solo dopo un certo tempo che la testa passa l'orificio vaginale, spesse volte non senza aversi aperto prima una via cruenta. Ammesso che questo orificio vulvo-vaginale sia troppo resistente e non si lasci rompere, il parto non potrà ultimarsi, e la risultante della pressione che la testa esercita dovrà risentirsi generalmente sul centro del perineo trattandosi di quei casi in cui la poca inclinazione del bacino avrà prodotta la speciale orientazione della vulva e la lunghezza del perineo, e di conseguenza ultima la lacerazione centrale.

Brindeau (1) porta due casi di distocia dovuti precisamente alla resistenza dell'orificio vulvo-vaginale e che spiegano abbastanza chiaramente il meccanismo sopra descritto, e sotto questo punto di vista non ci pare inutile riportarli.

1.° Caso. — Donna di 23 anni, primipara. I primi dolori compaiono il 29 Giugno alle 4 di mattina. Coll'aiuto della palpazione, si trova la testa profondamente impegnata col dorso orientato verso sinistra. La dilatazione è completa il giorno dopo alle sei del mattino. La donna comincia a spingere e dopo qualche contrazione la testa principia a distendere il perineo: alle 7 l'estremo cefalico è quasi completamente nel bacino molle: esso è ricoperto solo dal perineo che è estremamente disteso: la vulva è aperta e disposta quasi orizzontalmente. Sotto una nuova contrazione la testa distende ancora più il perineo e nel medesimo tempo comincia ad eseguire il suo movimento di deflessione, ma si vede chiaramente che essa è arrestata nel suo percorso dall'anello vulvo-vaginale. Esplorando si trova che la vulva è abbastanza elastica, ma all'indietro si sente l'orificio vaginale che rinserra la testa e l'impedisce di deflettersi. Si tenta la manovra di Ritgen, e il dito introdotto nel retto trova che il mento è vicino all'ano: la manovra però non riesce perchè l'anello è rigido e non si lascia distendere. Si pratica allora colle forbici un'incisione che parte dalla linea mediana a livello della forchetta e si estende obbliquamente in basso per il tratto di un centimetro. Subito dopo la testa sorte e si termina il parto.

2.° Caso. — Primipara di 22 anni. I primi dolori compaiono il 14 Maggio alle 4 del mattino. Presentazione di vertice D. t. impegnata. A mezzanotte la levatrice, presso la quale si trovava la partoriente, vedendo che il parto non progrediva manda a chiamare Brindeau, il quale trova la donna in preda a dolori espulsivi violentissimi, il perineo è straordinariamente disteso ed ematoso, la testa ha passato lo stretto inferiore, e si trova incappucciata dal perineo tra le coscie della donna. L'ano è beante, l'orificio vulvare è piccolissimo e della larghezza come di un pezzo di cinque franchi, e con una direzione quasi completamente orizzontale. Esso è occupato nella sua apertura dalla bozza siero-sanguigna. Si nota colla esplorazione, una straordinaria resistenza dell'anello vaginale, e tale che durante le contrazioni il dito esploratore era, per così dire, schiacciato tra la testa e questo anello. I battiti cardiaci sono lenti ed irregolari. Trasportata la donna alla Maternità, tre ore dopo sotto il cloroformio si pratica una piccola incisione a livello della forchetta e la si prolunga in basso obliquamente a destra

---

(1) Brindeau. *Journal des Sage-femmes*, 1 Agosto 96.

e a sinistra. La testa si disimpegna poco dopo spontaneamente. Feto morto. Esaminando dopo il parto gli organi genitali si constata una perforazione della parete retto-vaginale di forma irregolare e di circa tre centimetri di diametro e che siede sulla linea mediana ad un centimetro circa al disopra dello sfintere anale; la mucosa vaginale è parimenti lacerata, e la lacerazione si estende assai in alto nella vagina. La donna perde le materie fecali dalla vagina. Sutura. Guarigione.

Oltre alla ristrettezza della vulva, dell'anello vaginale, si è cercato di addurre come causa di lacerazione centrale del perineo, la intensità esagerata e la irregolarità delle contrazioni uterine. E infatti in parecchie delle osservazioni riportate figura questo coefficiente. Ma l'esagerata contrazione uterina, la sua irregolarità, sono a parer nostro più una causa apparente che reale: abbiamo avuto occasione di assistere a dei parti in cui l'espulsione del prodotto del concepimento avvenne tanto bruscamente da rendere impossibile il trattenere o il rallentare la testa nella sua discesa, ma mai in questi casi si ebbe l'occasione di lamentare l'accidente della rottura centrale: si lacerò quasi sempre il perineo, ma la lacerazione prese sempre come punto di partenza o la vagina o la forchetta, e si estese più o meno verso l'ano.

Anche il piccolo volume della testa fetale può essere causa di rottura centrale, e ciò col doppio meccanismo, o permettendo che un arto accompagni la testa nella sua discesa, o perchè l'estremo cefalico giunto nella parte bassa della vagina contro il pavimento perineale, mancando del suo punto d'appoggio contro la sinfisi, è impossibilitato ad eseguire il movimento di rotazione sul suo asse trasverso, e quindi, spinto dalle contrazioni uterine, guadagna strada verso il perineo che sarà trasformato come in una saccoccia, e ad un dato momento potrà aprirsi una strada attraverso ad esso. Ma questa causa però può figurare solo tra le cause eccezionali.

Dunque a nostro modo di vedere le cause della lacerazione centrale del perineo si possono dividere in due categorie: 1.° cause predisponenti; 2.° cause determinanti. Tra le prime occupa il primo posto l'anormale inclinazione del bacino, fra le seconde la ristrettezza della vulva, e la persistenza dell'anello imenale. A questi due gruppi di cause se ne può aggiungere un terzo che comprende cioè le cause occasionali, come gli avanzi cicatriziali della forchetta, trombo vaginale, piccolo volume della testa fetale, procidenza di un arto, ecc., ecc.

Anche il parto in presentazione podalica può essere accompagnato da lacerazione centrale del perineo.

Kaltenback (1) dice che se l'inclinazione del bacino è piccola, se il perineo è largo, data una presentazione podalica si può avere facilmente la rottura centrale perchè il podice è impossibilitato a progredire.

***

Riguardo alla condotta da tenersi di fronte ad una lacerazione centrale è bene distinguere due momenti: cioè quello della minaccia della rottura, e quello in cui la rottura si è già prodotta.

L'ostetrico che fa l'assistenza di una donna in sopraparto deve sempre rendersi conto dello stato del bacino, della disposizione degli organi genitali esterni della partoriente. Quando con un esame attento avrà rilevato un'altezza anormale della vulva, quando avrà osservato che la sua orientazione non è più in linea verticale, ma si avvicina alla orizzontale, quando sarà sorpreso dalla anormale ristrettezza della via d'uscita del feto, dovrà pensare alla possibilità della rottura del perineo nel suo centro. Quale allora la condotta da tenersi?

Molti mezzi furono consigliati allo scopo di evitare un simile accidente: e fra questi quattro sono i più importanti:

1.° la manovra rettale;
2.° la cloronarcosi;
3.° l'episiotomia;
4.° l'applicazione di forcipe.

Passiamo un po' in rivista questi quattro espedienti, valutiamone il pro e il contro e vediamo fino a qual punto essi possono rendere dei servigi.

La *manovra rettale,* o manovra di Ritgen, di cui si dichiarano partigiani l'Olshausen, l'Ahlfeld, il Lieshman ed altri, consiste nell'introdurre due dita di una mano nel retto intestino e attraverso la parete retto-vaginale spingere in avanti la testa. Questa manovra dovrebbe essere praticata quando la grande fontanella è già visibile e per conseguenza il disimpegno del fronte è imminente. Si respinge così a poco a poco la testa dall'indietro all'avanti, e si aiuta il suo disimpegno. Le dita introdotte nel retto devono essere spinte profondamente per arri-

(1) KALTENBACK. *Central. f. Gyn.,* 1883.

vare fino alla bocca e al mento, sul quale alle volte basta una piccola pressione per ottenere il disimpegno completo.

Un tale procedimento se qualche volta dà dei buoni risultati non è però completamente scevro da pericoli. Infatti ad esso l'ostetrico ricorre generalmente quando la testa è rimasta lungo tempo nel bacino molle e quando ad onta delle energiche contrazioni uterine non tende a progredire. Inoltre, sia volendo aspettare che la grande fontanella sia già visibile, sia che, per quella certa ripugnanza che prova l'ostetrico nell'introdurre le dita in quell'ambiente così potentemente settico, si ritardi l'applicazione di una tale manovra, ne avviene di conseguenza che la testa ha già esercitato su tutte le parti molli una tale pressione da rendere estremamente sottile il tramezzo retto-vaginale, tanto che una pressione anche moderata può essere da essa sola capace da determinare la lesione di detto tramezzo. Di più in quei casi in cui la normale terminazione del parto è ostacolata anche dalla ristrettezza della vulva, una forte pressione esercitata sul mento è quasi sempre insufficiente a produrre la deflessione della testa e quindi la sua uscita.

La *narcosi cloroformica* è un espediente che dà dei vantaggi più apparenti che reali; perchè, come già abbiamo detto, è ben difficile che una lacerazione centrale del perineo possa essere prodotta dal solo fatto che la donna è in preda a contrazioni uterine troppo energiche ed irregolari; anzi, stando a quello che dice il Kleinsmith, il cloroformio renderebbe il perineo una barriera inerte attraverso la quale, e non sopra, passerebbe la testa. Dunque solo in casi eccezionali si dovrebbe ricorrere alla narcosi.

L'*episiotomia* è ormai una operazione che si tende ad abbandonare: troppo abuso se n'è fatto e troppe volte si è ricorso alla forbice al semplice scopo di affrettare un parto che camminava regolarmente. L'episiotomia fatta anche secondo il metodo del Tarnier non serve la maggior parte delle volte ad evitare più serie complicazioni; ed anche fatta nei casi di minaccia di rottura centrale è molto discutibile se riesca allo scopo per il quale viene fatta, perchè la testa che da lungo tempo ha esercitata la sua pressione contro il perineo ha già disposto questo al suo passaggio attraverso ad esso. Inoltre non è sempre detto che queste ferite fatte ad arte possano guarire impunemente *per primam* (1). L'episiotomia dovrebbe essere un'operazione bandita dagli oste-

(1) CARBONELLI. Loco citato.

trici anche per togliere, come giustamente ha fatto osservare il Truzzi, gli abusi che se ne possono produrre, ricorrendo spesse volte a questa operazione al solo scopo di evitare ogni fatica ed ogni attesa in chi assiste al parto. È un procedimento che solo può essere tollerato e qualche rara volta indicato in quei casi in cui la persistenza dell'imene o la ristrettezza eccessiva dell' anello vulvo-vaginale formano il vero ostacolo all'uscita del feto; ma in questi casi è assai più logico imitare la natura, fare cioè l'incisione partendo dalla forchetta e seguendo la direzione del rafe mediano, perchè, come dice il Carbonelli, la lesione dell'orificio anale anche con una lacerazione perineale estesa è da attribuirsi ad assoluta imperizia dell'ostetrico nella protezione del perineo.

L'*applicazione di forcipe*, anch'essa non è a nostro modo di vedere un aiuto apprezzabile per evitare la lacerazione centrale. Si ha un bel applicare il forcipe, e tirare in alto, difficilmente si riuscirà quando la fenditura vulvare è diretta orizzontalmente. Infatti le osservazioni 49.ª e 50.ª stanno a dimostrarci la verità del nostro asserto. Charpentier applicò il forcipe e in ambedue i casi non potè evitare che il perineo si lacerasse nel suo centro al momento in cui stava per levare le branche. L'osservaz. 41.ª poi è ancor più istruttiva: dopo un'ora di periodo espulsivo Bleyni applica il forcipe: quando la testa è giunta al piano perineale lo abbandona lasciandolo in posto, ma sotto una contrazione, il perineo si lacera centralmente e la testa sfugge dalle cucchiate per passare attraverso la lacerazione minacciando di trarre con sè le cucchiaia stesse. Nei casi in cui l'applicazione fallisce, più gravi possono diventare le conseguenze di fronte alla lacerazione che si sarà prodotta (vedi nostra osservazione).

Dunque dei quattro mezzi sopracitati, e invocati dal Delcroix nessuno si presenta immune da pericoli più o meno gravi, e nessuno risponde al vero scopo per il quale viene messo in opera.

Lasciando da parte queste risorse, crediamo che si possa trovare un espediente il quale, assolutamente innocuo, può dare dei risultati abbastanza soddisfacenti. Partendo dal concetto che la causa determinante della lacerazione centrale del perineo risiede la maggior parte delle volte nella esagerata ristrettezza dell' anello vulvo-vaginale, qualora si potesse ottenere una certa ampiezza e una certa elasticità di questo anello, si potranno evitare le conseguenze prodotte dalla anormale inclinazione del bacino, e quindi dalla cattiva orientazione della

vulva. La *manovra prefetale*, preconizzata da Léon Dumas, potrà corrispondere al nostro scopo. Questa manovra consiste nel divaricare leggermente i bordi della vulva ed introdurre tre dita di una mano in vagina: quando queste sono arrivate sulla testa fetale si divaricano dolcemente in modo da farle scivolare tra essa e l'orificio vaginale, e si spingono abbastanza profondamente finchè si sente una certa resistenza. In questa posizione le dita costituiscono una specie di cono, di cui la base è applicata sulla testa mentre che l'estremità assottigliata resta all'esterno. Questo cono mantiene l'orificio vaginale allontanato dall'estremo cefalico e lo dilata a poco a poco. Quando entra in scena una contrazione uterina il cono, spinto innanzi dalla testa, presenta all'orificio vaginale una porzione più svasata di quella che gli corrispondeva prima, e una tal base più larga del trepiedi digitale spinge questo orificio un po' in avanti, e ciò viene in aiuto nel perineo, poichè la commissura posteriore è trascinato nel medesimo senso.

All'introduzione del cono digitale del Dumas si può benissimo sostituire l'introduzione del pallone elastico di Champetier De Ribes, ed eseguire con esso la manovra che Pinard mette in opera nelle primipare prima di praticare la sinfisiotomia. Questo pallone ha anch'esso la forma di cono colla base in alto applicata contro l'estremo cefalico: esso spinto dalla testa scenderà in basso ed aumentando progressivamente il suo diametro produrrà pure una dilatazione progressiva dell'orificio vulvo-vaginale, e regolando la sua distensione si potrà produrre dolcemente una tale dilatazione da permettere il disimpegno e l'uscita della testa senza complicazioni.

Questo ci sembra il metodo più razionale e quello che corrisponde meglio all'esigenza del caso quando si prevede una rottura centrale del perineo.

Appena avvenuta la lacerazione centrale del perineo, prima ancora che venga espulso il feto, molti autori consigliano di tagliare con un colpo di forbice quel tratto di tessuto compreso tra l'angolo inferiore della ferita e la commissura posteriore, e ciò sempre allo scopo di evitare lesioni dell'orificio anale quando il feto dovesse passare attraverso questa apertura. Ma qui torniamo a quanto abbiamo detto in principio di questa breve nota: i casi di lesione degli sfinteri anali che hanno per causa unica una lacerazione centrale del perineo sono troppo rari per imporci una simile condotta. Un tale procedimento sarà solo

giustificato in casi eccezionali in cui l'ostetrico solo può giudicarne l'assoluta necessità.

Anche dopo espulso il feto è stata consigliata la sezione di questa bandeletta di tessuti: sulla utilità di un tale trattamento è inutile discutere. Anche nei casi in cui il feto è stato espulso attraverso questa nuova apertura, a parto ultimato si rimane sorpresi nel vedere di quanto si è ridotta la ferita, e spesse volte la semplice applicazione di qualche punto di sutura basta per far chiudere completamente questa breccia. Per cui ci pare assolutamente inutile trasformare una ferita, relativamente piccola, in un'altra più grande che si dovrà poi ancora suturare.

***

Riguardo al trattamento definitivo di una tale lesione oggi ben poco resta a dire. Basterà ricordarsi che è una lacerazione perineale e che quindi va trattata nè più nè meno che come tale. Si praticherà la sutura subito dopo il parto e si avranno per la puerpera quelle medesime cure che si hanno nei casi comuni di lacerazione perineale. Solo che persistendo nel punto dove la testa ha fatto pressione sul perineo una specie di infundibolo, nel quale si potrà raccogliere lo scolo lochiale, sarà bene praticare una prima sutura profonda in catgut la quale avvicini le pareti vaginali lese, praticando poi la sutura esterna sui tessuti perineali. E per evitare il trapelamento dei lochi attraverso i bordi della ferita, si potrà introdurre dopo le prime ore dal parto un po' di garza jodoformica in corrispondenza delle parti lese, la quale faccia da materiale assorbente.

Ed ora prima di chiudere questa mia breve nota mi è caro dovere ringraziare vivamente l'egregio dott. Lepage, accoucheur des Hôpitaux e Direttore della Maternità dell'Hôtel Dieu, il quale permettendomi di studiare e di pubblicare questo caso osservato nel suo servizio, mi ha dato una nuova prova di quella squisita cortesia colla quale mi ha sempre trattato dal giorno in cui cominciai a frequentare quella Maternità.

Parigi, Agosto 1896.

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Genova
diretto dal Prof. L. Acconci

ALCUNE CONSIDERAZIONI ISTOLOGICHE
sulla struttura delle membrane ovulari umane a termine di gravidanza

PEL
Dott. QUINTO VIGNOLO
Medico Assistente.

Essendomi accinto a uno studio istologico delle membrane dell'uovo in casi in cui la loro rottura si compie prematuramente o precocemente, e dove non essendo presenti alcune di quelle condizioni meccaniche che si riconoscono più generalmente come produttrici del fenomeno, è presumibile che la causa sia riposta in qualche loro eventuale alterazione, mi trovai ben presto nella necessità di dover iniziare alcune ricerche sulle membrane dell'uovo normali. Ed invero, se le conoscenze anatomiche intorno alla struttura degli annessi fetali sono assai numerose e interessanti, in non pochi punti si mostrano contradditorie o deficienti e poco rispondenti alle nozioni che si vanno ogni giorno acquistando nel campo della embriologia. Nè deve passarsi sotto silenzio l'esagerato amore per gli schemi, che, come accenna il Paladino, tanto frequentemente prevale nel descriverne la loro struttura; considerazione la quale non di rado si affaccia studiando l'argomento sia nella letteratura come sotto il campo del microscopio.

Di più, come risulta dalla minuta osservazione portata sulle membrane dell'uovo in condizioni che si ha ragione di ritenere per normali, facilmente si constatano processi di natura degenerativa, i quali vanno interpretati come risultato di loro fisiologica involuzione, in relazione di particolari condizioni o meccaniche o circolatorie o nervose che in esse devono avverarsi negli ultimi tempi della gravidanza; processi i quali, ove non fossero considerati alla stregua di una logica interpre-

tazione dei fatti, dovrebbero ritenersi di natura patologica; e che constati in casi di rottura prematura o precoce delle membrane, si potrebbero interpretare quale fatto morboso che nelle fattispecie potesse dar luce sulle condizioni genetiche che predispongono o occasionano tale rottura.

Per stabilire le condizioni di normalità delle membrane dell'uovo sulle quali è stata portata la nostra indagine, ci siamo valsi di criteri prettamente clinici, tenendo specialmente calcolo che la donna dalla quale provenivano, dimostrasse una buona e sana costituzione, non segni di malattie presenti o pregresse specialmente da parte del sistema genitale, che la gravidanza avesse avuto un decorso fisiologico come pure il parto, tenendo di calcolo che la rottura delle membrane (essendo questo dato per noi particolarmente interessante), si effettuasse a dilatazione completa della bocca dell'utero. Abbiamo inteso in tal modo di metterci nelle condizioni più favorevoli di osservazione per poterci fare un giusto concetto della tessitura delle singole membrane dell'uovo in condizioni che si ha ragione di ritenere normali, e valersene come scorta nello studio che ci siamo proposti.

L'indagine microscopica fu portata sulle tre membrane dell'uovo, amnios, chorion, caduca: per essa si è potuto mettere in rilievo un certo numero di fatti, i quali già esposti nelle loro linee generali nella seduta della R. Accademia Medica di Genova del 20 Aprile e 18 Maggio del corrente anno, vengono nella presente pubblicazione riferiti in modo più dettagliato e completo.

***

Nella maniera dianzi detta, scelti gli annessi fetali di gravidanze andate a termine, venivano presi in vari punti degli involucri ovulari dei piccoli lembi, adattando previamente sotto gli stessi, dal lato della decidua, e evitandone con cura ogni maltrattamento, una cornice di sughero di cm. 1,5 di lato circa, sulla quale venivano distese, per quel tanto necessario a toglierne quelle pliche che si formano per lo accasciarsi delle medesime dopo che l'uovo si è svuotato e che si mantengono dopo la espulsione degli annessi dalla cavità dell'utero. Fissate sul sughero per mezzo di spine di cactus, venivano tagliate per mezzo di forbicine sui margini dello stesso, e immerse nei liquidi fissatori. In qualche caso però il distendimento veniva operato ad arte

alquanto di più di quello necessario al puro e semplice dispiegamento delle membrane. Si prendevano poi porzioncelle di placenta fetale e materna per studiare la struttura dell' amnios placentare, dello strato basale del chorion frondosum, e della serotina. La fissazione venne fatta in alcool assoluto, in liquido del Flemming, in liquido di Müller, in soluz. di sublimato, sottoponendo in questi ultimi casi i pezzi ai necessari accurati lavaggi, e successivamente passandoli nella serie graduale degli alcools. Inclusione in paraffina.

Per studiare l' epitelio dell' amnios allo stato di isolamento, usai della macerazione in alcool al terzo del Ranvier, e non prima di 24 ore passavo all'esame dell'epitelio in acqua stillata o in glicerina. Piccoli pezzetti di amnios che avevano subìta la macerazione anzidetta, venivano colorati per 2-3 ore in picrocarminio, e passati in acqua stillata leggermente picrica per togliere l' eccesso del colore, si scuotevano poi in una goccia di glicerina allungata su vetrino porta-oggetti, ed in tal modo si poteva ottenere un certo numero di elementi epiteliali non solo dissociati, ma molto bene colorati.

Fu pure esaminato l'epitelio dell'amnios ottenuto per raschiamento da lembi di membrana amniotica previamente immersa in liquido di Müller per 18-24 ore alla stufa a 37° C.

Per studiare poi l'epitelio dell' amnios in superficie, lo distendevo su telaio di sughero in modo il più possibile uniforme, ma procurando che la distensione fosse variabile in vari casi per poterne studiare l'influenza sulla forma e disposizione delle cellule, e fissavo nel liquido del Flemming o in soluzione di sublimato.

Amnios. — La membrana amnios risulta fondamentalmente costituita da due strati: uno *interno* epiteliale, che guarda la cavità dell'uovo e l'altro *esterno* connettivale, che guarda il chorion È opportuno dividere l'amnios in due distinte zone: in quella che riveste la superficie fetale della placenta, *A. placentare,* e in *A. extraplacentare* che comprende tutta la rimanente porzione della membrana amniotica; distinzione la quale si rende specialmente necessaria per lo studio del suo strato epiteliale.

Per farci un concetto esatto della struttura e disposizione dell'epitelio dell' amnios è conveniente studiarlo allo stato di dissociazione, in superficie, in sezioni. Studiato allo stato di isolamento procurato coi mezzi sopraesposti e nella *zona extraplacentare,* le cellule epiteliali

dell'amnios osservate di facciata si presentano di forma poligonale, con nucleo rotondo, evidentemente dimostrabile negli elementi cellulari colorati colla ematossilina e col picrocarminio, giacchè esaminati semplicemente nell'acqua stillata, per la presenza di corpuscoli splendenti che hanno l'apparenza di goccioline e che invadono tutto quanto il corpo cellulare, esso rimane quasi totalmente velato. Questi corpuscoli sono cospicui, di forma rotondeggiante, di variabile grandezza, omogenei, trasparenti, a contorni definiti.

I limiti cellulari non sono netti, ma presentano qualche prolungamento protoplasmatico a mo' di aculeo. Di fronte a questi gruppi cellulari nei quali le cellule sono disposte a piatto, scarsi elementi si presentano coricati di lato: allora si può apprezzare come la forma di essi sia quadrilatera, predominando alquanto l'altezza sulla larghezza, quantunque in qualche esemplare vi sia prevalenza della larghezza sull'altezza.

Riesce in qualche preparazione di vedere gruppi di elementi disposti in fila avendo conservata la loro reciproca connessione: essi mostrano lo stessa forma quadrilatera. La forma quadrilatera o rettangolare delle cellule vista di lato, è in relazione collo sviluppo ineguale delle faccie di questi prismi epiteliali. Dall'esame delle cellule in superficie e di lato volendone inferire della loro forma, dovremo definirla irregolarmente prismatica, in cui l'altezza predomina leggermente sulla larghezza. La posizione del nucleo nelle cellule osservate di lato è pressochè nella parte media.

I granuli che occupano il corpo cellulare appaiono nettissimi e si tingono in gialliccio col picrocarminio; si dispongono più fittamente attorno al nucleo lasciando alla periferia, preferibilmente in rapporto della faccia libera quanto di quella aderente, una zona protoplasmatica priva di granuli, anzi in rapporto della parte basale delle cellule, il protoplasma dimostra una striatura longitudinale. La superficie libera si presenta o rettilinea o leggermente convessa (Fig. 1, *A. e-p.*).

Nell'*amnios placentare* le cellule viste di prospetto hanno pure una forma poliedrica come le cellule dell' amnios extraplacentare, a cui corrispondono per le altre particolarità; qualche elemento si presenta binucleato. Osservate invece di lato presentano una netta forma cilindrica col nucleo vicinissimo alla superficie della cellula. L'estremo inferiore della cellula si presenta diversamente foggiato; ora è puntuto,

ora tronco, ora la cellula presenta come una strozzatura più vicina alla parte inferiore che alla superiore, a cui segue un allargamento, ma generalmente l'estremità libera della cellula è più cospicua di quella aderente. Il protoplasma colorato in roseo pallido (picrocarminio), presenta numerosi corpuscoli splendenti, che predominano nella metà, nei due terzi superiori della cellula, mentre libero è il protoplasma della rimanente parte inferiore, che appare striato longitudinalmente, quando non sia frazionato in due o tre cuspidi. Il margine libero della cellula presenta una linea netta più o meno convessa, mentre men netti appaiono i restanti margini. Dalle osservazioni suddette si può dire che la forma delle cellule epiteliali della zona placentare dell'amnios allo stato di dissociazione è cilindrico-prismatico (Fig. 1, *A. p.*). Va notata la spiccata tendenza che hanno gli elementi dissociati dell'A. placentare a disporsi di lato, e quelli dell'A. extraplacentare a disporsi di faccia; fatto il quale va probabilmente riferito e alla differente altezza dei prismi epiteliali, e alla pressione, sia pur lieve, che su essi esercita il vetrino coprioggetti, per modo che essi dispongono i loro maggiori diametri parallelamente alle superfici dei vetrini, fra i quali sta il liquido che li tiene sospesi.

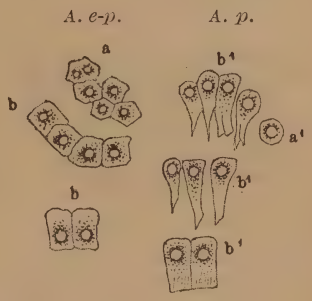


Fig. 1 (Kor. Ob. 8, Oc. 3).

Cellule dell'epitelio dell'amnios isolate. Dissociaz. alcool al 3.° Coloraz. picrocarminio, chiusura glicerina allungata. — *A. e-p.* Epitelio dell'A. extraplacent.: *a* visto di prospetto; *b b* visto di lato. — *A. p.* Epitelio dell'A. placentare: a^1 visto di prospetto; b^1 b^1 b^1 visto di lato.

Se ora passiamo allo studio dell'epitelio dell'*amnios extraplacentare* in superficie, mantenuto in rapporto col suo strato connettivale, su lembi di amnios previamente distesi su cornice di sughero e trattati col metodo del Flemming, già a un ingrandimento di 250 diametri appaiono ben definiti gli elementi epiteliali, che si presentano di forma varia e di varia grandezza.

La loro forma è romboidale, trapezoide, esagonale, in cui spesso una delle dimensioni prevale sull'altra. Essi non sono appaiati intimamente margine a margine, ma si vede uno spazietto lineare chiaro, il quale divide il margine dell'uno da quello dell'altro elemento. In alcuni preparati il protoplasma presenta gran numero di granuli neri i quali attestano la loro natura grassa (reaz. osmica).

Il nucleo è rotondeggiante. A un ingrandimento più forte di 475 diametri le particolarità suddette si mettono in maggior rilievo, si osserva come il grado di reazione grassa presentato dai diversi elementi sia variabile assai; i granuli neri che lo dimostrano, variano assai di grandezza; ve ne sono di piccolissimi e finissimi come nei gradi incipienti, mentre sono di più cospicue dimensioni nei gradi più avanzati, però in questo ultimo caso è difficile che la degenerazione sia tanto inoltrata da disorganizzare quasi completamente la cellula. In altri preparati, gli elementi non presentano quasi affatto la reazione osmica del grasso. Tanto il protoplasma come il nucleo presentansi di un color roseo sbiadito; nel nucleo, la reazione cromatica della saffranina è pressochè assente, solo qualche granulo più qua più là si presenta tinto in rosso vivo.

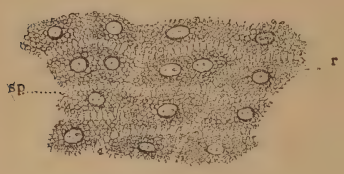


Fig. 2 (Kor. Ob. imm. om. 1/12, Oc. 2).

Epitelio dell'amnios extraplacentare in superficie. Fissazione liq. di Flemming, coloraz. saffranina. — *Sp*. Ponticelli intercellul. — *r*. Spongioplasma che forma un fine reticolo delimitante spazi chiari.

Nel protoplasma si osservano delle zone splendenti rotondeggianti che risaltano perchè più trasparenti sul restante protoplasma che le limita a mo' di una reticella (Fig. 2). Sarebbero nient'altro che quei granuli protoplasmatici che tanto spiccano nelle cellule dell'A. studiate a fresco.

Di particolare interesse è il modo col quale le cellule epiteliali si mettono fra loro in reciproco rapporto. Già accennai come fra cellula e cellula si dimostrino degli spazietti lineari chiari i quali le delimitano nettamente. A un attento esame e con un ingrandimento di 475 diametri, si vede come questi spazi sono attraversati da tanti esili filamenti che si estendono dall' uno all'altro margine cellulare, e per mezzo dei quali si effettua la connessione reciproca fra le cellule come avviene per le cellule dello strato mucoso del Malpighi dell'epidermide. Questi esilissimi ponticelli rettilinei, presentano una direzione perpendicolare al margine cellulare ovvero leggermente obbliqua, e delimitano dei vacui che ad una prima osservazione sembrano di forma quadrilatera, però osservati a più forte ingrandimento e coll'obbiettivo a immersione si mostrano rotondi od ovoidali per il fatto che le travicelle or dette presentano una forma conoide, colla base corrispondente al loro impianto sul margine cellulare. Questi prolungamenti

cellulari si mettono fra loro in connessione estremità per estremità e formano dei *ponticelli intercellulari* (Fig. 2). Fuochettando colla vite micrometrica se ne veggono di più fini trasparire fra gli spazi lasciati liberi, e corrispondono a ponticelli intercellulari situati in piani sottostanti ai sopra considerati.

In analoghe preparazioni fatte sull'*amnios placentare* si osservano fondamentalmente le stesse particolarità suddescritte: la chiarezza e la forma dei singoli elementi è influenzata però dal maggior spessore che presenta questa zona di amnios, sia nel suo strato connettivo come nello strato epiteliale, avendo gli elementi epiteliali maggiore altezza; di più per il fatto della minore coesione degli stessi, essi non soffrono che un limitato grado di distensione, senza cne si effettuino delle screpolature, delle soluzioni di continuo nel piano epiteliale.

Ad ogni modo certe particolarità, trovandosi in questa zona di amnios con più frequenza e costanza, meritano di essere quivi descritte. Fra gli elementi epiteliali che presentano una forma e struttura regolare, scorrendo i preparati, se ne scorge qualcuno che più non occupa il suo primitivo spazio, presentandosi come raggrinzato il corpo cellulare e le spine per contro più lunghe: può avere il nucleo o esserne mancante.

Si presentano poi numerosi elementi ovoidei o pressochè rotondi, di grandezza varia, in alcuni veramente cospicua, che spiccano sui circostanti per avere uno spesso contorno oscuro da rassomigliare una vera capsula, con un contenuto roseo pallidissimo quasi uniforme, nel cui interno si trova una massa irregolare, tinta in rosso bruno, delle dimensioni di un nucleo, che può essere al centro ovvero essere più o meno eccentrica. In altri elementi si vede alla periferia un alone protoplasmatico, in un punto del quale giace il nucleo di forma semilunata per la pressione che ha dovuto subire dal contenuto. Queste cellule che hanno apparenza capsulata si dicono *cellule globose dell'amnios:* se ne possono trovare di accoppiate con un punto della loro circonferenza e contatto, e allora l'immagine si presenta molto simile a quella delle cellule bicapsulate del tessuto cartilagineo. Queste cellule non sono soltanto proprie dell'amnios placentare, ma anche dell'extraplacentare, però in quello si rinvengono con molto maggiore frequenza.

Queste cellule rappresenterebbero elementi in via di degenerazione

mucosa (Lange). Si trovano però delle cellule che contengono nel loro corpo una zona rotonda omogenea analoga a quella delle cellule globose, ma che ha la grandezza di un nucleo o poco più, e altro a me non sembra rappresentare che un periodo incipiente di quella degenerazione mucosa, di cui allora le cellule globose rappresenterebbero lo stadio terminale.

Nell' amnios placentare si hanno cellule multinucleate (bi-trinucleate), e i nuclei si trovano addossati fra loro, con uno o più nucleoli; hanno una grandezza superiore delle finitime: non costituiscono però una particolarità esclusiva di questa zona dell' amnios. Quanto alla costituzione intima del protoplasma, mi riferisco a quanto è stato detto a proposito dell'amnios extraplacentare.

Ci rimane infine a considerare l' epitelio dell' amnios in sezione, sia nella zona placentare che nella extraplacentare.

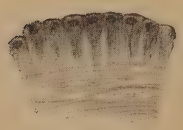


Fig. 3.

Epitel. dell'amnios placent. in sezione. Fissazione in alcool assoluto. Colorazione ematossilina allume. Chiusura in balsamo Canadà.

L'epitelio dell'A. placentare studiato in sezioni in cui furono conservati i suoi naturali rapporti colla placenta, presenta una forma che corrisponde a quella considerata in questo epitelio allo stato di dissociazione, ossia cilindrica, cilindrico-conica colla base rivolta alla superficie libera; i singoli elementi fra loro vicinissimi e col nucleo rotondeggiante tinto in violetto, situato in tutta prossimità della superficie libera, danno allo strato epiteliale un aspetto caratteristico. L'altezza predomina sulla larghezza di 3-4-5 volte. Il protoplasma tinto in violetto sbiadito, dimostra nella metà inf. della cellula come delle striature o meglio filettature protoplasmatiche in direzione longitudinale; in altri elementi sembrano subire un intreccio per cui si dimostra allora più che una filettatura longitudinale un vero e proprio reticolo (Fig. 3). I granuli protoplasmatici mancano, in quanto che i reattivi posti in uso sia per la fissazione come per i successivi trattamenti dei pezzi, li hanno fatti scomparire.

Il Ferrari infatti avrebbe dimostrato, come l'alcool assoluto in parte fa raggrinzare i granuli oppure li raduna in massa in qualche punto della cellula, in parte gli espelle dalla cellula accumulandoli negli spazi intercellulari, e come il cloroformio li fa di molto diminuire. Scorrendo diverse sezioni di amnios placentare, si vede in qualche punto come gli elementi non presentino quella forma spiccatamente

cilindrica, ma possano di più sviluppare le loro dimensioni nel senso della larghezza a scapito dell'altezza, permanendo però sempre il tipo cilindrico. Questo fatto dipende dal diverso grado di coartazione elastica dei vari punti all'amnios in esame.

L'*amnios extraplacentare* (fissazione in alcool assoluto o sublimato, colorazione con ematossilina o colori carminici), studiato analogamente in sezione, presenta una forma variabile secondo lo stato di retrazione o distensione in cui si trova quando viene studiato, fattori questi, che devonsi in questa zona di amnios, assai più che in quella placentare, essere considerati, per poter venire a un esatto apprezzamento della forma che il suo epitelio deve avere nelle condizioni naturali nelle cavità dell' utero. La forma dell'epitelio amniotico extraplacentare varia per graduale transizione dalla cilindrica bassa alla piatta; è cilindrica

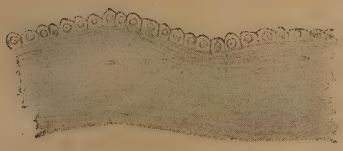


Fig. 4.

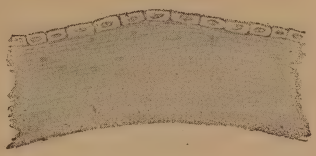


Fig. 5.

Epitelio dell'A. extraplacentare in sezione. Fissaz. liq. Flemming. Colorazione saffranina. — Fig. 4, allo stato di retrazione. — Fig. 5, allo stato di modica distensione.

dove si è più sviluppata la retrazione: le cellule allora presentano una superficie libera convessa più o meno accentuata, per cui in complesso il margine libero dello strato epiteliale si presenta dentellato: questa convessità ci esprime il compenso volumetrico che la cellula assume in virtù della sua elasticità, per la pressione risentita dai vicini elementi, da quel lato ove le resistenze sono minori (Fig. 4).

In altri punti o in altri preparati, la superficie libera delle cellule è rettilinea, ed esse assumono una forma quadrilatera, quadrata, o rettangolare, ed è appunto là dove lo spiegamento dell'amnios è stato completo (Fig. 5); che se poi la membrana è stata portata a maggior grado di distendimento sia artificialmente o naturalmente come nelle parti più basse dell'uovo, le cellule si fanno piatte quasi fusiformi. Nelle sezioni trasversali non si osservano spine, ciò che facilmente si comprende pensando alla forma prismatica delle cellule, per cui il contatto fra di loro si fa obbliquamente. Il protoplasma è spugnoso, il nucleo ovale in senso trasversale più vicino alla base di impianto che alla super-

ficie libera dove la cellula ha forma cilindrica, in un punto pressochè intermedio, negli altri casi: esso si lascia tingere intensamente dalla ematossilina, men bene dai colori carminici, affatto dalla saffranina nei preparati trattati col metodo di Flemming. I preparati trattati con questo ultimo metodo possono presentare la reazione osmica del grasso. Non mi riuscì dimostrare la reazione cromatinica del nucleo.

Dall'esame complessivo dell'epitelio amniotico allo stato di dissociazione, in superficie, in sezione, mi sembra che si possano trarre alcune utili considerazioni, e prima di tutto per quanto si riferisce alla sua forma tanto variamente interpretata. Gli autori infatti che si sono occupati della tessitura dell'amnios ne definiscono l'epitelio ora, come il Dorhn, rappresentato da un semplice strato di cellule poligonali, ora da un epitelio basso cilindrico, come il Winogradow, mentre A. Hotz lo dice un epitelio ovunque cilindrico, di cui l'altezza supera al minimo circa il doppio della larghezza, ad eccezione di quella zona di amnios che sta di contro all'orificio interno ove l'epitelio è pavimentoso come sull'amnios placentare. Il Kölliker lo considera un epitelio pavimentoso ad un unico strato, e così pure il Meola, il Viti, il Lange: finalmente il Ferrari il quale si occupò recentemente della struttura di questa membrana, afferma che l'epitelio dell'amnios man mano che si progredisce nella gravidanza acquista in altezza per quanto perde in larghezza, al 4.° mese ha una forma cubica, e al termine della gravidanza cilindrica.

Ora è lecito dimandarci: da dove tanta disparità di opinioni? Non è difficile rispondere, pensando alla rassegna sopra esposta, come debba attribuirsi a differenti condizioni di tecnica e di osservazione poste in opera dai differenti ricercatori, e come tutte le forme attribuite all'epitelio dell'amnios siano giustificate dal vario grado di distensione in cui esso è stato studiato, specialmente nelle sezioni.

L'amnios è delle membrane fetali la più resistente e la più elastica e come tale quindi si presta facilmente al distendimento. In uno stato di distensione si trova nella cavità dell'utero a uovo integro, e di questo facilmente ci possiamo persuadere esaminando la sacca ovulare dopo il secondamento; essa si presenta molto ridotta, riferita la sua capacità al volume del contenuto, e questo per la retrazione elastica la quale si esplica quando questa membrana più non è sollecitata dalla pressione

del contenuto ovulare che la manteneva distesa. Si dovrebbero quindi considerare due stati dell'amnios, uno di distensione (uovo integro) e l'altro di retrazione (uovo espulso). A tali differenti stati sono concomittanti delle modificazioni da parte dello strato epiteliale, come ci dimostrano i preparati dell'amnios in superficie o in sezione. Si è visto infatti nell'amnios in superficie, che là dove prevale la retrazione, le cellule sono avvicinate margine a margine e sono più piccole, mentre dove l'amnios ha subìto un certo grado di distensione, le cellule aumentano in superficie e appaiono gli spazietti lineari attraversati dai ponticelli intercellulari. Così è nell'amnios in sezione: dove la coartazione predomina, la cellula si fa molto più alta, altezza che nell'amnios extraplacentare, è principalmente data da una specie di menisco convesso che si ferma alla sua superficie libera, mentre i margini laterali, per i quali si effettua la connessione colle vicine cellule, si tengono molto più bassi, è per questo che la superficie libera dell'amnios assume un aspetto dentellato; i denti convessi sono dati dalla superficie libera della cellula, le intaccature corrispondono al punto di unione fra cellula e cellula. Questa superficie dentellata è sostituita da una superficie lineare, dove l'amnios è stato disteso, modificandosi corrispondentemente anche la forma dei singoli elementi i quali si fanno quadrilateri, per essere sostituiti da elementi veramente piatti, quando la distensione è stata più completa.

Veniamo in tal modo ad avere per l'amnios una condizione che si avvera nella vescica urinaria, in cui la mucosa in totalità, ma specialmente il rivestimento epiteliale di essa, aumenta o diminuisce di spessore secondo lo stato di vacuità o ripienezza in cui si considera. Il prof. Lachi, il quale si è specialmente occupato di questo argomento studiando la vescica del cane, ha trovato come i diversi strati epiteliali rispondano tutti, sebbene in grado variabile, con una modificazione di forma della cellula, disposizione e forma del nucleo, e affinità del protoplasma alle sostanze coloranti, alla distensione e retrazione della vescica stessa. Però nella vescica la ripienezza e la vacuità rappresentano due ben distinti momenti legati alla sua funzione, per l'amnios invece lo stato di retrazione è la condizione finale da esso assunta, quando li involucri ovulari sono destituiti di qualsiasi funzione. Per cui se molto interessanti si presentano le speciali disposizioni assunte dall'epitelio dell'amnios nello stato di retrazione, assai più ci importano

quelle da esso presentate nello stato di distensione perchè tale è la sua fisiologica condizione.

L'occasione ci è mancata per potere studiare sull'uovo umano disteso dal suo contenuto, le condizioni reali dell'epitelio amniotico: con limitata distensione, in certi casi, opportunamente operata su lembi di amnios disposti su telaini di sughero, ci siamo sforzati di procurarci delle condizioni che, almeno in via approssimativa, ci avvicinassero alla realtà delle cose: ed in tal modo oltrechè le modificazioni della forma dell'epitelio dell'amnios, si sono messi in rilievo dei particolari che ci sarebbero altrimenti sfuggiti. Pertanto riguardo alla forma definitiva dell'epitelio dell'amnios, ci pare di potere stabilire che per l'amnios extroplacentare, le sue cellule sono prismatiche piatte, e cilindrico-prismatiche quelle dell'amnios placentare.

Una differenza di forma fra l'epitelio delle due zone suddette mi sembra si possa in certo modo giustificare, pensando come l'A. placentare a uovo integro nella cavità dell'utero, poggia sur un organo che fornisce a lui un piano pressochè inestensibile e che raggiunge il suo sviluppo in superficie al 7.° mese di gestazione, mentre il rimanente amnios si trova in rapporto di una superficie la quale va progressivamente aumentando in estensione per lo sviluppo dell'utero, specialmente del segmento inferiore: infatti si può anche ad un esame superficiale dell'amnios vedere, come sulla placenta esso sia più spesso e contragga col chorion aderenze più tenaci, specie sulle diramazioni dei vasi ombelicali, di quello che non succeda nella sua porzione extraplacentare.

È accennato dalla Hotz ad una differenza fra l'epitelio dell'amnios placentare e quello dell'A. ex-traplacentare nel senso che nella prima zona sarebbe piatto, mentre nella zona extraplacentare sarebbe perfettamente cilindrico. Il Lange non ha potuto constatare a questo proposito differenze degne di nota: il Minot a sua volta dice di non aver osservato costanti differenze fra le due suddette sezioni dell'amnios. Nel suo « Trattato di embriologia umana » riporta però le figure di due sezioni di amnios placentare di cui l'una appartiene a un uovo di otto mesi, l'altra, un uovo a termine: lo strato epiteliale nella 1.ª è rappresentato quale da noi si è descritto, ossia come cilindrico coi nuclei situati allo estremo superiore della cellula, nella 2.ª è rappresentato come un epitelio piatto.

Un particolare anatomico molto discusso è quello che si riferisce al modo di connessione delle cellule epiteliali dell'amnios. Per alcuni, le cellule, come si dimostra specialmente nei preparati che hanno subìto l'impregnazione al nitrato d'argento, sarebbero immediatamente apposte per margini dentellati, per mezzo dei quali si stabilirebbe un reciproco ingranaggio, per altri invece per mezzo di spine si effettuerebbe la connessione. Ma su questo punto si hanno due differenti modi di vedere, per alcuni queste spine si congiungerebbero fra di loro lato a lato a mo' di ingranaggio, per altri invece apice ad apice: sostiene il primo concetto il Lange, il secondo la Hotz e ultimamente il Minot. Il Lange, anzi contraddice vivamente alla Hotz, dicendo che sull'amnios in superficie non è possibile osservare tali fini particolarità. Al che io oppongo, che se non è permesso di osservarle in tutti i preparati di amnios in superficie, si dimostrano indubbiamente nei preparati ben riusciti; e se speciali cautele non vengono tenute nel distendere l'amnios e distenderlo al grado voluto, ciò che non è a priori possibile precisare, non si riuscirà a mettere in evidenza i fini ponticelli da noi descritti e rappresentati nella fig. 2, ma molto più frequentemente ci appariranno rozzi processi protoplasmatici. Il Minot dice che questo interessantissimo particolare dell'epitelio amniotico è specialmente osservabile nei preparati in superficie, anzi aggiunge che questi ponti intercellulari sono evidenti *con una chiarezza mai vista in altri epiteli*. Questi ponti intercellulari sarebbero, come si rileva dalla figura data da Minot, alquanto irregolarmente sviluppati specialmente per quanto si riferisce al loro spessore, mentre che se debbo stare alla mia osservazione sui punti meglio riusciti dei miei preparati, come quello rappresentato dalla fig. 2, questi ponticelli sarebbero più fini e uniformi. Ad ogni modo resta stabilito che la connessione delle cellule si fa per ponticelli intercellulari nel modo che avviene per le cellule dello strato mucoso del Malpighi; qui gli interstizi cellulari permettono la circolazione dei succhi e il ricambio materiale del tessuto, nell'amnios, che è epitelio ad un unico strato, debbono favorire gli scambi liquidi fra i liquidi materni e il liquido amniotico.

Del resto questo modo di connessione è stato ormai dimostrato per tutti gli epiteli, e per l'epitelio peritoneale (Muscatello) ed anche per gli elementi del tessuto muscolare. Riguardo alla grandezza, le cellule amniotiche la presentano variabile, però i limiti tanto estesi

posti dal Lange, non ho potuto apprezzare nei miei preparati, particolarmente quelle forme cospicue che assumerebbero un speciale aggruppamento. Le cellule multinucleate presentansi alquanto più grandi delle finitime; io penso però che anche riguardo alla grandezza degli elementi si debba tener calcolo del distendimento più o meno grande e più o meno regolare subìto dalla membrana amniotica.

In quanto al protoplasma esso è costituito da spongioplasma e granuli cospicui che si mettono specialmente in evidenza nei preparati per dissociazione, mentre nei preparati fissati in alcool assoluto e che hanno dovuto subire gli svariati passaggi per la inclusione in paraffina non si rinvengono, si dimostrano nell'amnios fissato in Flemming e esaminati in superficie. Questi granuli sono rappresentati non soltanto da granuli albuminoidi (Lange) ma ancora, come venne accennato già dalla Hotz e confermato anche dal Ferrari, da granuli di natura grassa, ai quali però, secondo il mio modo di vedere, si deve attribuire significato degenerativo. Queste granulazioni grasse sono più numerose nell'epitelio dell'A. extraplacentare che non in quello placentare.

Riguardo alle cellule globose, esse si osservano a preferenza sull'amnios placentare e in numero discreto, in diverso grado nel loro periodo degenerativo, dalle forme incipienti ove il prodotto di degenerazione del protoplasma si trova incluso nel corpo cellulare come una piccola sferula, fino al grado più avanzato in cui la cellula è ridotta ad una vescicola di sostanza degenerata senza traccia di protoplasma e di nucleo. Per cui, da ciò che si è detto in riguardo dell'epitelio dell'amnios, possiamo concludere: che esso è costituito da un semplice strato di cellule prismatiche verosimilmente piatte per l'amnios extraplacentare, e di cellule cilindrico-prismatiche per l'amnios placentare, che sono fra loro unite per mezzo di ponticelli intercellulari. Il loro protoplasma contiene dei granuli di natura albuminoidea, ma oltre questi si trovano anche elementi o zone di elementi con granuli di indubbia natura grassa, come pure cellule in preda a degenerazione mucosa.

Lo strato epiteliale dell'amnios poggia sur uno *strato connettivo* più o meno spesso secondo i diversi punti dell'uovo nel quale viene preso in esame: raggiunge il suo maggior spessore in quella sua parte che riveste la faccia inferiore della placenta, come pure i punti limitrofi

alla medesima, per farsi più sottile nelle parti basse della sacca ovulare che corrrispondono al segmento inferiore. Ad ogni modo è un sottilissimo strato di finissimo tessuto connettivo-fibrillare, in cui si osservano degli elementi cellulari seriati su una o due linee, ma più dei corpi cellulari si osservano i nuclei, per la compressione che le cellule subiscono fra le tese fibrille connettive: dove lo strato connettivo da impianto all'epitelio si dimostra una linea oscura e continua specialmente nelle sezioni tinte con ematossilina.

Il Meola e successivamente il Viti che hanno fatto sull'amnios un laborioso studio analitico, lo dividono in quattro principali strati, e i due primi in altri secondari, per modo che, secondo Meola, sarebbero in complesso sette, secondo Viti sei, gli straterellini in cui questa membrana si lascia dividere. Nelle sezioni trasverse non è assolutamente possibile venire a simili minute distinzioni, e la struttura dello *strato connettivale dell'amnios* si presenta generalmente come sopra ho descritto. Dove speciali condizioni lo permettono, ossia nelle parti alte dell'uovo, ove l'amnios ha dovuto meno risentire gli effetti della tensione durante il parto, gli elementi cellulari presentano una forma fusata assai allungata con nuclei rotondeggianti, ora di forma elittica e di dimensioni più ridotte. Nell'amnios invece preparato in superficie appariscono degli elementi cellulari a prolungamenti multipli, stellati. Il protoplasma di questi elementi cellulari, come si dimostra nei preparati trattati col metodo di Flemming, presenta granuli neri, caratteristici della degenerazione grassa.

Il limite fra il connettivo dell'amnios e del chorion non sempre è netto, spesso in questa parte è sfibrato, e in continuità del connettivo divisorio che costituisce lo strato intermediario di Bischoff. Frequente è la discontinuità che si osserva fra l'amnios e il chorion, per i lassi legami che esistono fra queste due membrane; tuttavia può osservarsi, in speciali punti, ancora perfettamente conservato il rapporto di continuità e l'aderenza col chorion, per modo che le due membrane vengono a costituire un unico strato amnio-choriale.

Chorion. — La membrana chorion al termine della gravidanza per quella parte che non entra a costituire la placenta, presenta una struttura molto semplice. Nella porzione extraplacentare infatti già dal terzo mese di gravidanza scompaiono i vasi allantoidei, si atrofizzano le vil-

losità choriali e l'epitelio che le riveste degenerando, viene completamente a scomparire, per cui si trova ridotta a una membrana connettiva abbastanza aderente allo *strato cellulare* che le è esternamente situato, alquanto più spessa della membrana amniotica, però assai meno resistente. È costituita da un tessuto connettivo fibrillare meno fitto di quello che costituisce l'amnios, ma alquanto più ricco di elementi cellulari.

In sezioni trasversali i suoi elementi si mostrano costituiti da cellule ora irregolari di forma, ora globose a nucleo rotondeggiante che stanno in uno stroma fibrillare ondulato. Anche in sezioni trasversali queste cellule dimostrano in qualche punto dei prolungamenti fibrillari su cui ha fissata l'attenzione il Meola. Non in tutti i punti del chorion sono però così nettamente visibili gli elementi cellulari, chè, dove la tensione che esso ha dovuta subire è stata maggiore, allora essi vengono schiacciati fra la trama fibrillare, risaltano allora specialmente i nuclei e la differenza fra lo strato connettivale dell'amnios e del chorion scompare quasi affatto. I residui delle villosità choriali non si presentano che in via eccezionale in continuità dello strato connettivo, ma si trovano incluse e indipendenti nello *strato cellulare* contiguo, come in seguito verrà detto.

Devesi notare come anche le cellule dello strato connettivale del chorion, come ad evidenza lo dimostrano i preparati trattati col metodo del Flemming, sono frequentemente in preda a degenerazione grassa.

In certi punti si osserva, come la parte fibrillare sia ridotta ad uno strato compatto in cui non è possibile discernere la struttura fibrillare della stessa.

La struttura del *chorion frondosum* che viene a fare intima parte della costituzione della placenta non viene qui trattata.

Decidua. — La membrana *decidua* rappresenta il terzo degli involucri ovulari. Essa, senza dubbio, degli annessi fetali è quella che di più sia stata soggetto e campo di lunghe e continuate investigazioni, rivolte a stabilirne l'istogenesi, l'evoluzione, la struttura, e tanto più, per la parte essenziale che essa prende nella costituzione della placenta; e questo per opera di una serie di competentissimi ricercatori, dopo, che per i lavori del Weber e dello Charpey, abbandonata l'antica dottrina hunteriana la quale riteneva la decidua costituita da una

membranella di linfa coagulata secreta dall'utero, si venne a stabilirne il vero significato anatomico, la sua derivazione diretta dalla mucosa uterina. La mucosa uterina infatti per lo stimolo gravidico subisce una serie di modificazioni le quali si portano su tutti gli elementi che la costituiscono, e che hanno per risultato finale di trasformarla nella membrana decidua. Si stabilisce in primo tempo tanto nel derma, quanto nella ghiandole di essa mucosa, un accentuato movimento ipertrofico e iperplastico.

Senza inoltrarci nel quesito della origine e derivazione delle cellule deciduali, che omai sembra definitivamente risolto in favore della loro origine connettivale, si constata, come il connettivo interghiandolare della mucosa uterina venga a prendere grado grado un aspetto eminentemente cellulare, che si fa più spiccato nelle parti superficiali della mucosa ove decorrono i *tubi escretori* delle ghiandole uterine, di quello che non succeda nella parte profonda, ove i *corpi ghiandolari* facendosi notevolmente ipertrofici e iperplastici si espandono tortuosi nel derma e imprimono un aspetto areolato al medesimo, da dove la distinzione della decidua in due strati, uno *compatto* o *superficiale*, l'altro *glandulare* o *spugnoso*.

Anche le pliche della mucosa uterina che incapsulano l'ovicino fino dai primi momenti che esso scende nella cavità uterina, e che costituiscono la *caduca riflessa*, subiscono uguale incremento ipertrofico e iperplastico il quale però ha una durata molto breve, arrestandosi dopo il secondo mese di gestazione. La caduca riflessa dopo quest' epoca va gradualmente assotigliandosi, perde completamente la sua parte ghiandolare, alquanto più lentamente i suoi vasi, e alla fine si riduce a un esile straterellino essenzialmente costituito da cellule deciduali sostenute da un' esile impalcatura fibrillare.

La serotina, e la decidua parietale che più da vicino ci interessa, continua a svilupparsi ancora, e quest' ultima aumenta notevolmente di spessore fino a più di un centimetro nel 5.° mese, per lo sviluppo sempre più accentuato delle cellule deciduali nella parte superficiale, e dei corpi ghiandolari nella profonda, i quali non potendo oltrepassare la barriera loro opposta dalla parete uterina, si espandono nel tessuto deciduale interstiziale a tutto loro vantaggio, e la distinzione della parietale in due strati si rende maggiormente manifesta.

E questo tanto più, perchè i condotti escretori delle ghiandole che

decorrono nello strato superficiale, venendo a scomparire, lo rendono uniforme e continuo, e in tal modo interotta qualunque comunicazione dei corpi ghiandolari colla superficie libera, essi prendono valore di follicoli ghiandolari, carattere il quale è soltanto conservato da quei pochi che stanno più a ridosso della parete uterina, perchè l'epitelio ben presto si appiattisce, degenera e cade, e solo rimangono a rappresentare gli antichi anfratti ghiandolari, delle areole limitate esclusivamente da elementi deciduali.

Nel quinto mese di gravidanza la caduca reflessa si appone colla sua superficie esterna, già da tempo spogliata del suo epitelio, alla superficie libera della parietale, e i due foglietti deciduali fondendosi insieme ne costituiscono uno solo. Siccome la riflessa per le modificazioni subite assume il carattere dello strato superficiale della caduca parietale, dopo la sua fusione con esso, non è possibile più discernerne i limiti; però l'involucro deciduale, tenuto conto della sua origine da due distinti foglietti, si definisce *decidua parieto-reflessa.*

Il principale criterio per differenziare la riflessa dallo strato compatto della decidua parietale sarebbe la presenza dei residui delle villosità del chorion laeve, che più qua più là si possono dimostrare in quella parte che sta più vicina al connettivo choriale.

Il lavorìo ipertrofico ed iperplastico della caduca parietale dopo il 5.° mese di gravidanza, non solo può dirsi arrestato, ma sono già molto inoltrate quelle modificazioni che conducono alla scomparsa dell'epitelio ghiandolare; il suo spessore si riduce notevolmente, per concedere stoffa dirò così all'uovo, che aumenta sempre di più in superficie, per cui da uno spessore di più di un cm. viene a ridursi al termine di gravidanza a uno o due mill. Ciò non di meno anche a termine di gravidanza la decidua parieto-reflessa si lascia dal punto di vista della sua struttura differenziare nei suoi due principali strati: uno più interno costituito da grandi cellule deciduali sostenute da uno stroma esilissimo fibrillare, ma così scarso da impartire a tale strato un vero aspetto epitelioide, con i resti della villosità del chorion laeve nella parte di questo strato che sta ad esso più a ridosso, e di uno strato più esterno, l'antico strato ghiandolare, che ora è meglio dire col Ruge strato areolato, perchè gli elementi ghiandolari sono andati quasi totalmente perduti.

Questa sarebbe in pochi tocchi la sintetica esposizione che sullo

svolgersi e sul modo di essere della decidua risulta dalla maggior parte degli studi fatti dagli autori, come pure quella che più frequentemente è seguita dagli scrittori di ostetricia e dagli embriologi: noi ne abbiam voluto dare un cenno per servircene di guida e ad essa rapportare le linee principali della nostra ulteriore esposizione.

Lo studio da me fatto sulla membrana decidua si riferisee a quella parte della medesima che viene espulsa nel periodo del secondamento insieme agli annessi fetali. L'indagine microscopica fu portata, come per le altre membrane già passate in esame, su differenti punti dell'uovo, ossia in prossimità del margine placentare, in punti intermedi ad esso margine e alla rottura del sacco, e su parti vicine alla rottura. Da questo esame si acquista la convinzione come la membrana caduca costituisca uno strato abbastanza spesso, in generale assai di più di quello degli altri involucri ovulari: questo spessore ad ogni modo varia secondo il punto dell'uovo dal quale esso deriva, e secondo il punto nel quale il suo distacco ha avuto luogo; è più notevole in vicinanza della placenta e va diminuendo fino al polo opposto dell'uovo, ove è più sottile. La parte della decidua che viene espulsa nel secondamento è principalmente rappresentata dallo strato compatto, la parte che viene espulsa dello strato spugnoso varia assai; anche qui in modo generale può ritenersi che la maggior parte di strato spugnoso venga espulso in vicinanza della sede placentare mentre nelle parti più basse dell'uovo può essere rappresentato da qualche lacinia di tessuto deciduale.

Ma ad un più minuto esame lo strato compatto può suddividersi in due strati secondari, divisione la quale non è soltanto basata sul fatto della presenza dei resti delle villosità del chorion laeve, che come già sopra accennai, sarebbe il principale criterio per stabilire quale parte dello strato compatto appartenga alla reflessa, ma ancora per la variabilità della forma e dimensioni delle cellule che entrano a costituirlo, come pure per la presenza di processi regressivi che si localizzano e si limitano in una parte più che nell'altra di questo medesimo strato compatto. Per modo che noi veniamo a considerare nello strato che per ora diciamo decidua e che è espulso cogli annessi, tre strati, di cui il 3.° rappresentante parziale dello strato spugnoso, può essere come già dissi, più o meno accentuato o anche mancare.

Il primo strato, quello che viene considerato come il più interno

della caduca e che è abbastanza saldamente aderente allo strato connettivo del chorion laeve presenta uno spessore variabile a seconda dei diversi punti dell'uovo, è più o meno nettamente limitato dallo strato soprastante. Esso è costituito di elementi cellulari globosi, con protoplasma granuloso sostenuti da una impalcatura fibrillare ridotta a minimi termini, le cui maglie sono costituite da esili fibrille le quali segnano esattamente i limiti cellulari tanto da simulare, a una prima osservazione, la membrana cellulare. Nei casi in cui il protoplasma è degenerato, il contorno fibrillare ci sta a rappresentare lo spazio primitivamente occupato dalla cellula, e può esprimerci per così dire la quantità di sostanza protoplasmatica stata involta nel processo degegerativo. Questo strato si studia specialmente bene nei preparati fissati nel liquido del Flemming (Fig. 6). Una particolarità che con relativa frequenza ci si presenta in questo strato, consiste in processi degenerativi che colpiscono tanto il protoplasma che il nucleo. Il protoplasma invece di dimostrare quella struttura granulosa quale si osserva negli elementi ben conservati, presenta una struttura ora spugnosa ora vacuolata, ora ridotta a una chiazza più o meno irregolare attorno al nucleo.

In alcuni punti gli elementi presentano le note caratteristiche della degenerazione grassa a vario stadio, processo il quale può notarsi eziandio sulla trabecolatura di sostegno. Talvolta tutto il protoplasma cellulare è scomparso, e solo in un punto della maglia si osserva il nucleo.

Tratto tratto qualche elemento cellulare si presenta vescicoloso, ossia ridotto a una grande cavità sferica, limitata da un alone protoplasmatico in un punto del quale si osserva il nucleo schiacciato.

I nuclei delle cellule presentano forma, dimensioni e costituzione assai varia. La forma di essi considerata negli elementi più conservati è ovale o rotonda a contorni netti e definiti; ma frequentemente alterata presentandosi i contorni irregolari e mal definiti. Alcuni nuclei presentano una colorazione diffusa, in altri l'impalcato cromatinico è ridotto a pochi granuli sparsi nel carioplasma, oppure una cospicua massa cromatinica si trova in un qualche punto del nucleo (corpi tingibili del Flemming). Di questi corpi se ne osservano anche di liberi, talvolta il contorno nucleare appare spezzato in qualche punto.

Tutti questi fatti regressivi descritti, si trovano più accentuati ove è concomittante un' alterazione dello strato deciduale contiguo, focolai

necrotici della decidua, come in seguito si vedrà. In altre preparazioni, sempre in rapporto di questo strato, si osservano fra gli elementi delle zone omogenee di formà irregolari, talvolta includenti residui cellulari specialmente nucleari, presentando in questo caso una analogia con quelle zone di osseina, che si dimostrano nei normali processi di osteogenesi. In qualche preparato può seguirsi il modo col quale queste zone omogenee si svolgono dal protoplasma cellulare.

In questi preparati, fissati in alcool assoluto, colorati con ematos-

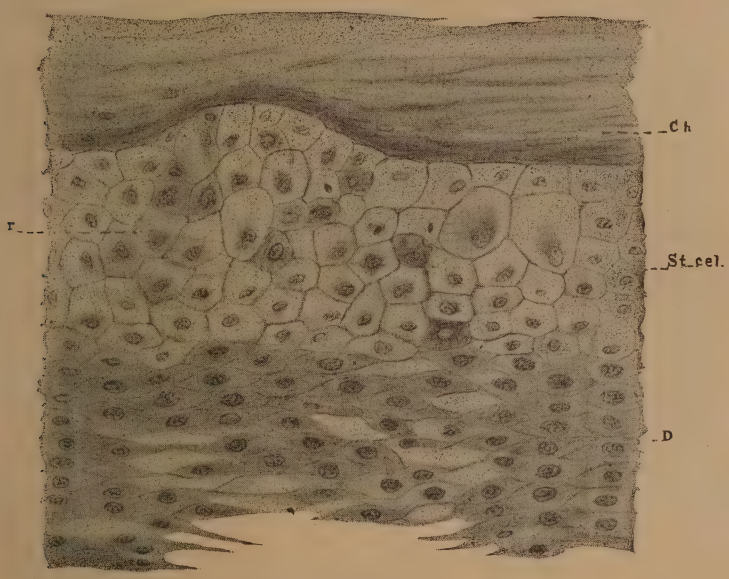


Fig. 6 (Kor. imm. om. 1/12, Oc. 3.

Fissazione in Flemming. Coloraz. saffranina. Sezione comprendente lo strato connettivale del chorion *Ch*, e lo strato cellulare *St. cel.* o ectodermico, dove gli elementi mostrano un avanzato sfacelo del protoplasma e alterazioni di forma e struttura del nucleo — *D*. Strato compatto della decidua.

silina alluminica, si può a una prima osservazione di insieme osservare una strato cellulare compatto in cui fanno risalto i nuclei rotondeggianti o ovoidi grandi delle parti più esterne che contrastano con i nuclei più piccoli, più fittamente ammassati, più intensamente colorati delle parti più interne.

Anche l'individualizzazione delle cellule sembra abbastanza mantenuta nelle parti più esterne e mentre più si procede verso la parte

del chorion, essa come meglio si constata a più forte ingrandimento, va mano mano perdendosi, tanto che i limiti cellulari sono confusi o totalmente scomparsi sia per l'aspetto spongioide e talvolta reticolato del protoplasma, sia perchè si fonde con quello delle vicine cellule, talchè una sostanza protoplasmatica di aspetto indeterminato e come sfumata, si vede raccogliere più nuclei, essendo niente affatto dimostrabile la caratteristica impalcatura fibrillare (Fig. 7).

In quella parte di questo strato che più è vicina al connettivo choriale, si osserva come si vada formando fra gli elementi cellulari una speciale vacuolizzazione, dovuta evidentemente al dissolversi del protoplasma dei medesimi. Questo processo di vacuolizzazione si può seguire nella sua evoluzione dal grado iniziale fino al punto da perdere il carattere di una vera degenerazione micro-pseudocistica.

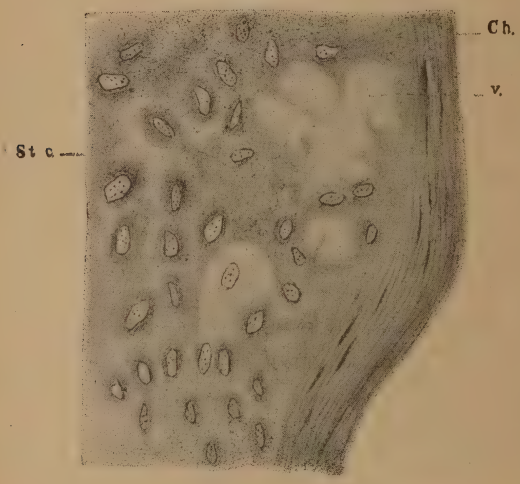


Fig. 7 (Kor. imm. om. 1/12, Oc. 3).

Fissaz. alcool assoluto. Coloraz. ematossilina. Sezione che dimostra la vacuolizzazione intercellulare dello strato ectodermico del chorion nella sua fase iniziale. — *Ch.* Connettivo choriale. — *St. c.* Strato cellulare di Langhans. — *v.* Vacuoli.

Questi vacuoli grado grado si ingrandiscono e vengono a prendere una forma circolare, e sulla circonferenza gli elementi cellulari limitanti possono presentarsi appiattiti e nella cavità si possono vedere ora uno, ora due nuclei deformati appartenenti a quelle cellule dal cui dissolvimento si è formata la piccola cavità. In questo dissolvimento cellulare si deve formare una sostanza fluida, la quale, operando sulla cavità contenente in ogni punto eguale pressione, impartisce alla stessa una forma sferica.

L'ulteriore ingrandimento si fa specialmente alle spese del diametro trasverso, per la minore resistenza incontrata in questo senso, a causa dalla menomata coesione di tale strato per effetto della degenerazione degli elementi cellulari costituenti. Corrispondentemente allo

ingrandirsi di tali cavità, si osserva come sulla loro superficie interna si vada depositando un intonaco più o meno spesso di sostanza amorfa che si tinge debolmente colla ematossilina (Fig. 8).

Questo intonaco omogeneo è ben individualizzato nelle parti laterali ed esterne di queste cavità, mentre contro il connettivo choriale manca affatto o va sfumandosi in esilissimo strato. E siccome più di queste cavità possono trovarsi vicine, la parete di separazione fra esse è costituita da una colonna di questa sostanza, mentre in altri punti tale colonna racchiude ancora nel suo interno numerosi nuclei che ne occupano la parte assile. Lo strato cellulare alla periferia di queste cavità presenta una fitta serie di nuclei più piccoli assai di quelli che

Fig. 8 (Kor. Ob. 2, Oc. 4).

Sezione delle membrane dell' uovo. Fissazione alcool assoluto. Colorazione ematossilina. — *A.* Amnios. — *Ch.* Strato connettivo del chorion. — *St. c.* Strato cellulare del chorion. — *D.* Decidua (strato compatto). — *p. c.* Piccole cavità pseudo-cistiche. — *I fib.* Intonaco fibrinoso di queste cavità.

si osservano nelle parti più esterne, sono allungati nel senso longitudinale, hanno contorni frequentemente irregolari e si tingono diffusamente e intensamente colla ematossilina. Di essi si veggono ancora penetrare nelle parti assili delle colonne sopradette, e stanno a rappresentare i nuclei delle cellule, dal cui dissolvimento queste cavità si sono formate, i quali evidentemente hanno una resistenza assai maggiore di quella del loro protoplasma. In altri preparati si osserva come quelle trabecole trasversali divisorie le singole cavità vadano riassorbendosi o dissolvendosi dal chorion verso la decidua, per modo che presentano l'aspetto come di tante stalattiti, e finalmente in periodi più avanzati venendo completamente perdute, costituiscono una più grande cavità.

In complesso in queste parti si assiste a un particolare processo degenerativo il quale si inizia con una alterazione tale del protoplasma che questo perde le sue caratteristiche proprietà e la sua individualizzazione anatomica; a questo tiene dietro una vacuolizzazione intercellulare la quale porta a una vera formazione cistica o meglio pseudocistica, in quanto che quivi manca una parete neoformata o preesistente a limitare questa cavità, che si sono svolte nel terreno cellulare di questo strato, che per ora diciamo più interno della decidua che abbiamo in esame.

Volendo penetrare un po' più a fondo sull'essenza del processo degenerativo per poterne determinare il valore e il significato, ci si presentano a considerare quei processi in cui, analogamente a quello che si ha in esame, colla degenerazione del protoplasma si forma una qualche sostanza solida amorfa che imprime al processo la sua speciale caratteristica: ossia la degenerazione colloide, l'amiloide, l'ialina, degenerazioni le quali possono escludersi, pensando ai caratteri ottici delle sostanze formate, alla evoluzione di questi processi degenerativi, o alla affinità per speciali sostanze chimiche o coloranti che valgono a definirle. La sostanza in esame si colora facilmente colla ematossilina, coi colori carminici, colla saffranina: trattate le sezioni col reattivo del Lugol, si ha per questa sostanza una tinta paglierina molto pallida e più di quella che assumono le altre parti delle sezioni.

È noto d'altra parte, come in molti processi di necrobiosi cellulare dei tessuti, si possa avere la presenza di speciali masse omogenee, o granulose o filamentose che altro non sono che fibrina. Essa può formarsi o per coagulazione del sangue, o della linfa, o dei liquidi trassudati, ovvero possono le cellule per sè, nei processi di necrobiosi cellulare, formare i materiali dai quali si forma il coagulo fibrinoso. La fibrina è un prodotto complesso risultante dalla combinazione della sostanza fibrinogena colla fibrinoplastica per intermezzo del fermento fibrina. Ora la sostanza fibronogena è nel sangue o nei liquidi parenchimali, le altre due sostanze si producono, ove la fibrina si formi dal sangue, dal dissolvimento dei leucociti, e nell'altro caso, dagli elementi cellulari del tessuto che vanno dissolvendosi. In questo probabile supposto si sono trattate le sezioni col metodo di Weigert per la colorazione della fibrina e il risultato ottenuto è stato completamente positivo. In questo strato che noi abbiamo in esame, una delle caratteristiche

è la mancanza dei vasi sanguigni, fatto il quale esclude una origine ematogena della fibrina, se già non la escludesse l'evoluzione particolare del processo degenerativo considerato, il quale appunto dimostra come esso si origina per metamorfosi del protoplasma cellulare, sia che costituisca delle masse omogenee in seno dello strato cellulare, oppure l'intonaco delle cavità sopra considerate. Del resto un tale processo non è nuovo per gli annessi fetali, anzi molto comunemente si constata nella placenta. Infatti le cellule ectodermiche del chorion frondosum e dei suoi villi nel processo di loro normale involuzione, che si può dire completo negli ultimi tempi della gravidanza, presentano analoghi processi regressivi con esito a formazione della cosidetta fibrina canalizzata, perchè lo strato di fibrina che dal dissolvimento cellulare si produce e che si trova sopra lo strato connettivale del chorion, si trova trapassato da numerosi canalicoli. Però se l'esito che qui si osserva in fibrina è il più frequente, non è l'unico e costante, in quanto che può formarsi una sostanza fluida non coagulabile per mancanza di alcuna delle tre principali sostanze che entrano a costituire la fibrina, e allora può essere riassorbita, ovvero raccogliersi in tale quantità, da formare raccolte cistiche più o meno cospicue. È a un tale processo, che una gran parte delle cisti della placenta riferiscono la loro origine, come ha speciamente dimostrato il prof. Pestalozza e confermato l'Ehrendorfer, il quale vorrebbe fossero chiamate cisti sub-coriali dello strato cellulare (Zellschicht).

In tal modo noi veniamo a stabilire un' analogia pressochè completa fra il processo degenerativo considerato *nello strato più interno della decidua* e quello che si svolge nell'ectoderma chorionico (strato cellulare del Langhans) nei processi di sua normale regressione con identità di esiti, sia come sostanza amorfa, sia come formazione pseudo cistica. Questa identità di processo già per sè potrebbe far pensare a una identità del substratum cellulare in cui si svolge, se altri dati e di somma importanza, non venissero a convalidare una tale idea, come in seguito si vedrà.

In questo strato più interno della membrana cellulare che si è complessivamente detto decidua, si trovano i resti delle villosità del chorion laeve. Questi resti sono unicamente rappresentati dall'endocorion di provenienza allantoidea, mentre l'esocorion o strato epiteliale, non rimane più a costituire un vero rivestimento epiteliale e completamente

scomparsi sono i vasi allantoidei. Questi residui dei villi si trovano isolati il più frequentemente dallo strato connettivo-choriale col quale prima si trovavano necessariamente in rapporto, ed immersi nello strato cellulare. Hanno forma e dimensioni variabili, ora rotondi, ora ovali, allungati in senso trasversale, unici o aggruppati a 2, a 3 costituiti da un tessuto connettivo areolato con cellule rotonde o fusate, spesso in preda a degenerazione grassa. Se ne osservano su tutta la superficie dell'uovo, ma più rari assai nelle parti basse che non nelle parti alte dell'uovo ove si osservano con maggiore frequenza. Talvolta le cellule dello strato in cui si trovano sepolti, si dispongono tutt'attorno ad essi regolarmente tapezzandoli a mo' di un epitelio.

Questo *primo strato* della porzione compatta della decidua or descritto e di cui si sono passati in rassegna i frequenti processi regressivi, alcuni dei quali in tutto analoghi a quelli che si osservano nello strato ectodermico del chorion frondosum, ci rappresenta veramente la decidua reflessa? Per ciò dimostrare è necessario risalire alle condizioni dell'uovo nei primi tempi dello sviluppo, e principalmente considerare i rapporti primitivi che esistono fra le villosità choriali e la decidua (serotina e reflessa).

Questo quesito assai delicato non si può dire ancora definitivamente risolto in quanto che una gran parte degli embriologi, fra i quali Kölliker, Kundrat, Engelmann, Leopold, Langhans, Kollmann, Ahlfeld, ecc., basantisi sui risultati delle loro osservazioni portate su embrioni umani giovanissimi, ritengono che i villi del chorion contraggano soltanto contatto colla superficie depitelizzata della mucosa dell'utero senza affondarsi in essa, mentre lo Jassinscky, il Winkler, il Reichert, l'Heinz, i Gottschalk e altri sostengono in base ai fatti da loro osservati, che le villosità choriali realmente penetrano nelle ghiandole dell'utero.

Dato però che le villosità choriali, come la maggior parte dei fatti osservati e i più competenti osservatori fanno propendere a credere, si appongano alla superficie dell'utero, ne verrà che esse sviluppandosi tenderanno a far allontanare il chorion dalla decidua, e se ne avrà per risultato una fenditura che si chiama *spazio intervilloso,* la quale in proseguo deve essere ricolmata da una massa cellulare sulla origine della quale si sostengono due diverse opinioni. Per gli uni la massa cellulare sarebbe data dalla proliferazione diretta della decidua, mentre

per altri sarebbe data dallo strato epiteliale del chorion, detto strato cellulare del Langhans.

Secondo il Langhans che si è in modo completo occupato dell'argomento, lo strato epiteliale del chorion liscio, da semplice qual'era primitivamente si fa stratificato: questa stratificazione, la quale si effettua dapprima a isole, al quarto mese si fa continua occupando completamente *lo spazio intervilloso,* stabilendo l'aderenza fra il chorion e la reflessa.

Secondo questo modo di vedere quindi si dovrebbe considerare la parte più interna della decidua parieto-reflessa dove sono i residui delle villosità choriali, come costituita da elementi di provenienza fetale, di origine ectodermica.

Senonchè, dagli studi del Minot, pur restando fermo il concetto del riempimento dello spazio intervilloso per parte di elementi dello ectoderma choriale, va modificato per quanto si riferisce alla decidua reflessa.

Infatti dagli studi che il Minot ha potuto istituire su quattro uteri umani gravidi, in condizioni normali, di due, tre, di cinque a sei, di sette mesi di gestazione, è venuto alla conclusione che la decidua reflessa va gradatamente degenerando per un processo di degenerazione ialina, che si inizia al 2.° mese, e tanto oltre procede, che al 7.° mese di gestazione più non ne rimane traccia, essendo i detriti asportati o riassorbiti dai leucociti. In tal modo il chorion giace direttamente contro la decidua vera, tra essa e il mesoderma choriale si estende uno strato di cellule epitelioidi che altro non rappresentano che l'ectoderma del chorion modificato.

È lo stato ectodermico del chorion appunto quello da noi precedentemente descritto, in via transitoria, come *strato più interno della decidua,* dalla quale quindi istogeneticamente ne va separato, e che dagli autori è considerato come decidua reflessa. Allo strato cellulare del chorion segue lo *strato deciduale* propriamente detto che si divide in 2 strati, uno interno o compatto e l'altro esterno spugnoso. Lo *strato compatto della decidua* mantiene il carattere cellulare dello strato precedente, ma se ne differenzia per gli elementi che lo costituiscono come per la loro disposizione. Sono cellule di forma ovoidea o francamente fusata, con protoplasma omogeneo, nucleo rotondeggiante o ovoide: non sono sempre così fittamente ammassate come gli elementi del pre-

cedente strato, ma frequenti volte diradati lasciano con maggior chiarezza apparire la trabecolatura connettiva. Queste cellule si colorano coll'ematossilina e col carminio, specialmente si tingono intensamente i loro nuclei, mentre nei preparati trattati col metodo di Flemming la saffranina colora poche granulazioni cromatiniche. In qualche punto si osserva sul punto limitare coll'ectoderma choriale, un aspetto quasi fibrillare con evidente degenerazione grassa degli elementi.

In altri punti, specialmente dove la decidua è soltanto rappresentata dallo strato compatto, può presentarsi ridotta alla sola impalcatura connettiva, come pure tratto tratto si possono osservare delle piccole zone di connettivo fibrillare. In questo strato compatto della decidua, sebbene molto di rado, si dimostra tratto tratto qualche sezione di capillare sanguigno.

Segue allo strato compatto, ma non in modo costante, una parte più o meno cospicua dello *strato areolato* o *spugnoso*. Esso è costituito da cordoni o lacinie deciduali che hanno un decorso flessuoso e delimitano spazi irregolari in cui facilmente si trovano elementi del sangue. Questo strato si può a preferenza studiare vicino alla placenta dove lo stacco si opera più profondo.

Questi cordoni o lacinie deciduali sono costituiti da cellule globose o poliedriche grandi, hanno un protoplasma omogeneo o ialino e nucleo rotondo o ovoide tingibile dalla ematossilina e carmino, mentre la saffranina nei preparati trattati col metodo Flemming tinge solo scarsi granuli. Tratto tratto appaiono delle sezioni di capillari sanguigni. Gli spazi circoscritti dai cordoni deciduali sono ora delimitati direttamente dalle cellule della decidua, ora da cellule analoghe alle endoteliali, rarissimamente da cellule cuboidi. Un fatto che importa notare è che in questo strato non abbiamo che qualche raro elemento con fini granulazioni grasse, come del resto poche cellule o gruppi cellulari in degenerazione grassa si presentano nella decidua aderente alla parete uterina. Per cui il concetto del Friedländer, dell'Hegar, del Kundrat, dell'Engelmann, secondo cui le cellule deciduali subirebbero una degenerazione grassa prima dello sgravio, e che essa seguirebbe per così dire la linea di distacco della caduca, mi sembra poco attendibile. Per cui nella decidua vera, quale si può studiare per quella parte che viene espulsa colle secondine, se non si presentano quelle alterazioni grossolane constate negli elementi dell' ectoderma choriale, presentandosi

sugli elementi della decidua conservata l'individualità cellulare, pur tuttavia quel particolare aspetto del protoplasma che varia dal vitreo all'ialino, e le modificazioni profonde subìte dal carioplasma nucleare, ci dimostrano come questi elementi si trovino nella fase discendente del loro ciclo vitale, quando non siano di già morti.

Deve essere notato a proposito delle alterazioni nucleari che si palesano nelle preparazioni trattate col metodo del Flemming, come io abbia dovuto usare per la decolorazione delle sezioni alcool assoluto cloridrico diluito in proporzioni molto superiori a quelle date dal Flemming, avendo questo alcool un azione decolorante troppo energica per i tessuti in esame. Deve infine accennarsi come sulle membrane ovulari, dal lato della decidua, è dato osservare molto frequentemente più qua più là delle chiazze irregolari, di aspetto bianco giallastro, di variabili dimensioni, che l'esame microscopico dimostra sviluppate nel campo della decidua. Sono veri *focolai* necrotici della medesima; quivi il suo *strato compatto* è ridotto ad una vera poltiglia granulare in cui non si discernono quasi affatto elementi cellulari: lo *strato spugnoso* (giacchè queste osservazioni risultano dall' esame di membrane prese in vicinanza della placenta), presenta nei suoi elementi quelle note regressive già sopra considerate.

Le sezioni dei vasi che si osservano nel campo microspico si presentano otturate da trombi in parte o in totalità, come pure stravasi sanguigni i quali vanno ad invadere la zona sopradetta di spapollamento. Nè le altre membrane contigue rimangono indifferenti per queste necrosi localizzate della decidua: così lo strato ectodermico del chorion presenta profonde alterazioni del protoplasma e del nucleo, fino a raggiungere lo sfacelo completo cellulare, e lo strato connettivo del chorion e quello dell'amnios e il suo epitelio principalmente, accentuate note di degenerazione grassa.

***

Dall'esame complessivo di queste ricerche portate sopra le membrane dell' uovo normali, ne risultano oltrechè alcune particolarità di struttura degne di nota, un non meno importante complesso di fatti regressivi più o meno spiccati, di cui esse sono sede; processi, i quali per ambedue gli strati dell'amnios, come per lo strato connettivale del chorion, sono principalmente rappresentati da degenerazione grassa:

più complessi invece sono quelli che si verificano nello strato ectodermico del chorion, ove, se pur limitatamente, si constata degenerazione grassa, sono predominanti i fatti di necrobiosi cellulare, come si rivela dalle più o meno profonde alterazioni nella costituzione del protoplasma e del nucleo, con esito frequente a formazione di masse fibrinose, analogamente a quelli che si rilevano nell'ectoderma del chorion frondosum come processo di sua fisiologica regressione a termine di gravidanza: nè men manifesti sono i segni di involuzione cellulare fino a raggiungere la necrosi, nella decidua.

Fra le varie particolarità di struttura dell'epitelio dell'amnios va riferita, oltre della forma, quella della connessione dei suoi elementi cellulari per ponticelli intercellulari (omai dimostrata propria di tutti gli epiteli), per cui si comprende in modo assai più semplice di quello invocato da alcuni autori, di spazi, pori, o lacune linfatiche, la possibilità di scambi liquidi fra madre e uovo. Il chorion dal punto di vista istogenico risulta di due strati; uno connettivale e l'altro cellulare o ectodermico; ma dal punto di vista meccanico può limitarsi il nome di chorion allo strato connettivale, perchè ad esso si debbono le condizioni di resistenza di tale membrana. Lo strato ectodermico del chorion, che condivide colla decidua il *carattere cellulare,* per il quale se ne fece e se ne fa dalla gran parte degli autori un tutto unico colla medesima ritenendolo come rappresentante la decidua reflessa, se ne differenzia per la forma e dimensioni delle sue cellule, la minor resistenza del loro protoplasma, la assenza completa di vasi, la persistenza dei resti delle villosità choriali; pur tuttavia se si volesse e per il suo carattere e per l'intimità dei rapporti accumunare colla decidua parietale, si potrebbe chiamare *strato deciduo-ectodermico* da sostituire a quello di caduca parieto-reflessa.

In conclusione ognuna delle membrane dell'uovo a termine di gravidanza è costituita da due strati; uno strato epiteliale e uno connettivale per l'amnios, uno strato connettivale e uno ectodermico per il chorion e finalmente di uno strato compatto e uno spugnoso per la decidua parietale.

I processi regressivi dianzi ricordati ci rappresentano dei fatti di involuzione fisiologica delle membrane ovulari: essi debbono essere principalmente sostenuti da disturbi circolatori che facilmente devono aver luogo pensando al sistema sanguigno della decidua che favorisce

il rallentamento della corrente sanguigna, alla pressione che di continuo essa risente per parte del contenuto ovulare; condizioni le quali ostacolano gli scambi organici nella decidua, producendo alterazioni dell'endotelio vasale, trombizzazione o rottura dei vasi con relativi stravasi, e di riverbero alterazioni sulle altre membrane.

Se questa involuzione, a cui vanno incontro gli involucri dell'uovo, possa essere invocata come uno dei fattori ovulari che determinano il parto, non mi arbitro a sostenere: solo mi sembra che essa riuscirebbe più comprensiva della tanto invocata degenerazione grassa trovata da Friedländer, per la quale, rendendosi più lasse le connessioni fra la parete uterina e l'uovo, questo, fungendo da corpo straniero, spiegherebbe l'insorgere della contrazione uterina e la ragione del parto.

Data della presentazione della memoria, Ottobre 1896.

RECENSIONE BIBLIOGRAFICA.

CHARPENTIER. « Traité pratique des accouchements. » Paris, 1886.

CUZZI. « Trattato di ostetricia e ginecologia. » Milano, in corso di stampa.

DOHRN. « Beiträge zur Anat. des Mesçschlichen Eihullen. » *Monatschrift f. Geburtskunde*, 1869.

ERCOLANI. « Delle malattie della placenta. » Bologna, 1871.

—— « Sul processo formativo della porzione cellulare o materna della placenta. » Bologna, 1870.

EHRENDORFER. « Ueber Cysten und cystoide Bildungen des menschlichen Machgeburt. » 1893, Wien, F. Deuticke.

—— « Placenta mit zwei in einander konmnicirenden Subcorialen Cysten von seltener Grösse. » *Centralblatt f. Gynekologie*, N. 35, 1896.

FALASCHI. « Diverse pseudocisti sierose sottocoriali della placenta di un feto a termine. » *Atti Acc. dei Fis.* in Siena, 1889.

FERRARI. « Sulla struttura della membrana amniotica nei vari mesi della gravidanza. » *Lo Sperimentale*, Sez. biol., anno XLIX.

FRIEDLAENDER. « Physiolog. Anat. Untersuchungen über die Uterusschleimhant. » Leipzig, 1870.

GIACOMINI. « Anomalie di sviluppo dell'embrione umano. » Comunicazione IV.

HERTWIG. « Trattato di embriologia dell'uomo e dei vertebrati. » Traduzione. Milano, 1895.

HOTZ. « Ueber das Epitel des Amnion. » Dresden, 1871.

KÖLLIKER. « Embriologie ou traite complèt du dévoloppement de l'homme, etc. » Traduction. Paris, 1882.

LANGHANS. « Chorion. » Beiträge z. Anat. und Embryol. als Festgabe. F. G. J. Henle, 1882.

LACHI. « L'epitelio vescicale secondo i vari gradi di distenzione della vescica. » Perugia, 1887.

LANGE. « Beiträge z. Histologie des menschlichen Amnion und des Nabelstrangs. » *Zeitschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie*, Bd. XXVIII.

LEOPOLD. « Studien über die Uterusschleimhant wärend Menstruation, Schwangerschaft und Wochenbett. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XI-XII.

MEOLA. « Sulla struttura degli involucri del feto umano. » *Riv. Internaz. di Medicina*, Napoli, 1884.

MINOT. « Ou the Fate of the Human decidua reflexa. » *Anatomischer Anzeiger*, N. 22, 1890.

—— « Human Embryology. » New-Jork, 1892.

MUSCATELLO. « Sulla struttura e sulla funzione d'assorbimento del peritoneo. » Torino, 1895.

PALADINO. « Della nessuna partecipazione dell'epitelio della mucosa uterina e delle relative glandule alla formazione della decidua vera e reflexa. » *Arch. di Ost. e Gin.*, Napoli, 1895.

PESTALOZZA. « Sull'epitelio del chorion nei suoi rapporti fisiologici e patologici. » Atti del XI Congresso Medico Internaz., 1894.

—— « Sul significato patologico degli elementi coriali e sul cosidetto sarcoma deciduo-cellulare. » *Ann. di Ost. e Gin.*, 1895.

PRENANT. « Eléments d'embriologie de l'homme et des vertèbres. » Paris, 1891.

RUGE. « Die Eihüllen des in der Geburt befindlichen Uterus » in SCHROEDER « Schwangere und Kreissende Uterus. » Bon, 1886.

RIBEMONT. « Recherches experimentales su la résistance et le mode de deschirure des membranes de l'œuf humain. » *Arch. di Tocol.*, 1879.

SCHROEDER. « Trattato di ostetricia. » Traduzione, nona edizione. Milano.

TRUZZI. « Sulle cause determinanti il parto. » *Ann. Univ. di Medicina*, Milano, 1882.

WINOGRADOW. « Amnion. » *Virchow's Archiv*, 1872.

VITI. « L'amnios umano. » Siena, 1886.

CONGRESSI, SOCIETÀ ED ACCADEMIE

2.° Congresso internazionale di Ostetricia e di Ginecologia

GINEVRA — SETTEMBRE 1896.

(Continuazione e fine, vedi pag. 930 del 1896).

GINECOLOGIA.

SECONDA QUESTIONE.

Trattamento operativo delle retrodeviazioni dell'utero.

Relazione del prof. OTTO KÜSTNER.

CONCLUSIONI.

1.° Benchè nessun processo operativo applicato attualmente al trattamento delle retroversioni e delle retroflessioni uterine non renda all'utero e agli annessi la loro posizione assolutamente normale, si deve tuttavia preferire la nuova posizione uterina ottenuta così artificialmente, alla retroversione o alla retroflessione primitiva. Infatti, in questo modo l'utero ritrova fino ad un certo punto la sua mobilità normale. Si previene in tal modo la formazione di aderenze con gli organi vicini come pure quella d'un prolasso uterino; in una parola la statica degli organi pelvici è ristabilita in modo relativo.

2.° Nel trattamento operativo di queste deviazioni uterine, bisogna accuratamente distinguere le retroversioni e le retroflessioni riducibili, da quelle che sono mantenute da aderenze; queste ultime dovendo subito essere rimosse.

Per mantenere l'utero in antiversione o in antiflessione ci si servirà in seguito, per queste ultime, dei medesimi metodi che per le retroversioni e le retroflessioni subito riducibili.

3.° Quanto a ciò che concerne gl'interventi, avendo per scopo di rimuovere le retroversioni o le retroflessioni aderenti (operazioni mobilizzanti), non si deve aprire la cavità addominale quando le aderenze non sono troppo solide e troppo estese. In quel caso si potrà raggiungere lo scopo col massaggio o le manovre di Schultze.

Se le aderenze fossero troppo numerose e solide abbisognerebbe ricorrere all'apertura della cavità addominale per liberare l'organo il più che sia possibile,

4.° L'apertura della cavità addominale si può fare dal cul-di-sacco anteriore o posteriore come dalla parete addominale. È fuori di dubbio che è la laparotomia che permette meglio di rendersi un conto esatto dello stato e dell'estensione delle aderenze. Ne risulta ch'essa presenta dei vantaggi manifesti per il trattamento minuzioso di queste ultime, come pure per quello degli annessi che sono sempre più o meno affetti.

Le colpotomie anteriori e posteriori sono operazioni molto meno esatte e arrischiano di dar luogo a interventi meno completi. Inoltre la prima non permette sempre di evitare le lesioni di organi vicini.

5.° Il valore dei differenti métodi che hanno per scopo di fissare l'utero in una nuova posizione, si giudica secondo le due proposizioni seguenti:

a) Essi devono essere capaci di mantenere l'utero in una buona posizione.

b) Le funzioni normali dell'utero non devon essere modificate in nessuna maniera.

6.° I risultati ottenuti dalla ventro-fissazione, dalla vagino-fissazione, dalla fissazione addomino-vescicale e dalla operazione di Alexander, provano che queste differenti operazioni sono sufficientemente capaci di mantenere l'utero in una buona posizione; lo stesso non si può dire di quelli ottenuti dalle recenti modificazioni di questi diversi metodi, come dalla retrofissazione di Sänger.

7.° Le funzioni normali dell'utero non sono alterate o tutt'al più lo sono relativamente poco dalla ventro-fissazione, dall'operazione d'Alexander e dalla fissazione vescicale.

8.° Esse sono al contrario profondamente colpite dalla fissazione vaginale, poichè questa s'estende alla più gran parte della parete anteriore dell'utero.

9.° Non bisogna quindi sottomettere alla vagino-fissazione le donne atte al concepimento. Nelle donne che non lo sono più, questa operazione per contro dà dei buonissimi risultati. In queste ultime, quando si ha nello stesso tempo oltre la deviazione uterina, una discesa dell'utero o un leggiero grado di prolasso, si combinerà con vantaggio la vagino-fissazione con le colporafia.

10.° Se trattasi d'aderenze estese, la migliore operazione consiste nella laparotomia, seguita dalla separazione delle aderenze col Paquelin, con le forbici o con le dita, e nella *ventro-fissazione* secondo il principio di Olshausen.

Se gli annessi sono malati, bisogna seguire il principio conservatore fin nelle sue più estreme conseguenze. Non bisogna in nessun caso levarli a meno che essi non siano gravemente ammalati: ma bisogna soltanto liberarli delle loro aderenze. In tutti i casi bisognerà nelle donne giovani lasciare per quanto sia possibile una certa quantità di tessuto ovarico.

È in questo modo che bisogna curare in principio ogni retroversione o ogni retroflessione uterina. Il raschiamento, i bagni e altri trattamenti sintomatici non dovranno essere impiegati che eccezionalmente.

11.° Il miglior metodo operativo contro la retroversione o la retroflessione subito riducibile, è l'operazione d'Alexander, eseguita secondo i primi precetti di Werth-Kocher, perchè questa operazione garantisce in tutti i casi una posizione dell'utero che si avvicina di più alla normale o che è insomma la posizione normale.

12.° Le indicazioni per il trattamento delle retroversioni e delle retroflessioni uterine riducibili, sono essenzialmente date dalla lunghezza dell'affezione, dall'inutilità del trattamento con i pessari, dall'avversione delle malate per questo genere di cura, ecc. L'indicazione obiettiva consiste in una deformazione della vagina, non permettente il trattamento coi pessarii.

13.° Considerando che il prolasso dell'utero non è in generale che una conseguenza della retroversione o della retroflessione dell'utero, la prima cura dell'operatore nel trattamento del prolasso, deve essere di assicurare il raddrizzamento dell'utero. Ne risulta che il miglior trattamento del prolasso dell'utero consiste nella ventro-fissazione dell'utero alla quale bisogna aggiungere, nella stessa seduta, le differenti operazioni plastiche che hanno per fine di ottenere un restringimento della vagina.

Relazione del prof. S. POZZI.

Conclusioni.

I. Le sindromi cliniche designate sotto i nomi di *retroversione e di retroflessione dell'utero,* non costituiscono delle entità morbose distinte. Esse non sono considerate come affezioni speciali che in seguito ad una tradizione antica che deve essere oggi riformata.

II. La deviazione all'indietro dell'utero, semplice o con flessione, si osserva in due condizioni radicalmente differenti:

a) Rilasciamento dei legamenti senza aderenze dovuto ad una peri-metro-salpingite anteriore. È la *retro-deviazione mobile.*

b) Aderenze posteriori, sopratutto attorno agli annessi, dopo una perimetrite o una peri-ooforo-salpingite. È la *retro-deviazione fissa.* Quest'ultima è di molto più frequente.

Non si può stabilire alcuna assimilazione fra questi due ordini di lesioni, confuse sotto uno stesso nome in un'epoca in cui l'analisi dei segni forniti dal tatto era ancora rudimentale e in cui si ignorava quasi completamente le lesioni tubo-ovariche. Si confondevano dunque ordinariamente le retrodeviazioni con i tumori infiammatori tubo-ovarici collocati nel cul di sacco del Donglas.

III. Per le retrodeviazioni mobili, si dovrebbe sostituire ai nomi di *retroversione* e di *retro-flessione* quello di *mobilità* (eccessiva) *dell'utero.* Infatti, l'orientazione indietro è semplicemente qui, l'attitudine la più naturale dell'utero che ha perduta la sua fissità, e per conseguenza, la sua normale anti-curvatura; ma

questa viziosa orientazione non cagiona per essa stessa, che degli accidenti molto accessori di compressione. I fenomeni principali d'ordine nervoso e riflesso, sono indipendenti dalla direzione della deviazione e sono dovuti alla mobilità. Essi persistono quando si riconduca momentaneamente l'utero in avanti senza assicurargli la sua fissità. Sembrano dovuti ad una rottura di equilibrio nella statica addominale, ad una vera enteroptosi pelvica.

IV. Ogni trattamento chirurgico che si propone, qui, di fissare l'utero raddrizzato in un punto limitato della sua superficie, non può avere che dei risultati temporanei. La trazione costante sopra il punto d'attacco artificiale, produce di nuovo il rilasciamento. Tale è la causa degli insuccessi quasi costanti, a scadenza più o meno lunga, dell'operazione d'Alexander e d'altre operazioni analoghe. L'*isteropexis* addominale, la vagino e la vescico-fissazione, non sembrano dare ugualmente che una temporanea stabilità. Del resto, molte di queste operazioni debbono essere rigettate perchè creano un pericolo per un parto ulteriore.

V. Il trattamento razionale della *retrodeviazione mobile* o per meglio dire, della *mobilità* (eccessiva) *dell'utero,* è complesso e deve proporsi di rispondere a diverse indicazioni:

a) Guarire la metrite, frequentissima in simili casi, con i mezzi appropriati (raschiamento, amputazione di collo, ecc.).

b) Ristabilire il perineo sovente lacerato o rilasciato, con una operazione plastica largamente praticata.

c) Far portare all'ammalata un pessario che fissa il collo, distendendo il cul di sacco posteriore della vagina, ed una cintura ipogastrica che regoli la pressione intra-addominale.

V. Il trattamento della *retro-deviazione fissa* dell'utero, si riduce a quello delle lesioni che l'hanno apportato, e che la mantengono. Essa è sempre dovuta ad aderenze più o meno forti, risiedenti, sia a livello dell'utero, sia a livello degli annessi. Ve ne sono di quelle che possono essere rotte da manovre di massaggio combinate o non col cateterismo; ma questa pratica offre sempre dei pericoli. Essa è, del resto, razionale.

Infatti la retrodeviazione non è qui, in realtà, che un epifenomeno. L'elemento morboso principale non è la deviazione, nè pure le aderenze, ma bensì lo stato malaticcio dell'utero, della tromba e dell'ovaio; la questione chirurgica deve dunque trasportarsi sopra questo nuovo terreno, e il trattamento è sopratutto basato sul grado più o meno grande della lesione degli annessi o dell'utero.

VI. Molte deviazioni fisse non sono dolorose, costituiscono *delle lesioni di guarigione*? acquisite e tollerate, poi i sintomi morbosi sopraggiungono se questi uteri spostati ed aderenti sono di nuovo affetti da metrite.

La guarigione operatoria dell'utero con mezzi appropriati basta allora per fare scomparire gli accidenti, se gli annessi sono poco o punto affetti.

VII. In altri casi l'esame clinico permette di riconoscere che le lesioni sono predominanti dalla parte degli annessi, e che se esiste la metrite concomitante essa è deuteropatica. La laparotomia è allora indicata. Si trovano lesioni leggiere degli annessi, un'ovarite sclerocistica senza obliterazione delle trombe, che serva di punto di partenza alle aderenze? Si dovrà fare una operazione conservatrice e limitarsi, dopo aver distrutte queste, a praticare l'ignipuntura o la resezione parziale dell'ovaio, secondo i casi. L'utero si raddrizza da se stesso dopo la distruzione delle aderenze. Per maggior sicurezza, io ho da molto tempo completata l'operazione con l'isteropexis addominale. Ora non la faccio più per tema di ulteriori accidenti di distocia. Ho, del resto, ottenuto in tal modo anche buoni risultati.

Si tratta di lesioni più o meno profonde dell'ovaio e delle trombe con *obliterazione di queste ultime?* Si farà la castrazione, poichè la fecondità è definitivamente abolita. L'utero si raddrizza in seguito al raccorciamento dei legamenti che produce la legatura dei peduncoli.

Queste operazioni sugli annessi portano la guarigione di tutti i sintomi morbosi, erroneamente attribuiti alla sola retro-deviazione dell'utero.

VIII. Vi sono dei casi in cui il miglior trattamento di una retro-deviazione è l'isterectomia vaginale. Sono quelli in cui si tratta di lesioni antiche e bilaterali degli annessi complicate a metrite cronica con ipertrofia dell'utero. In simile caso infatti, l'estirpazione degli annessi dall'addome, dopo distruzione delle aderenze, lasciano l'utero, pesante e voluminoso, rovesciarsi di nuovo nel cul di sacco del Douglas. Sicuramente, si potrebbe allora, dopo la castrazione, fare l'isteropexis addominale complementare nella stessa seduta, poi più tardi, ottenere la guarigione e l'involuzione dell'utero col raschiamento e l'amputazione del collo; infine rifare un perineo se fosse insufficiente e porre un pessario. Ma questa pratica è molto più complicata, più lunga, e sensibilmente anche più grave che l'isterectomia vaginale; si è dunque autorizzati a ricorrervi in questi casi eccezionali.

Relazione del prof. POLK, di New-York.

Conclusioni.

1.° Le retrodeviazioni e più specialmente quelle che interessano l'utero atto allo stato di gestazione, non devono essere sottomesse ad alcun trattamento operatorio che fissa il fondo o il corpo dell'organo alla parete addominale, o a uno degli organi vicini, la vescica o la vagina.

2.° Le retroversioni senza complicazioni e nelle malate ancora atte a concepire, devono essere trattate con il raccorciamento esterno, vale a dire, inguinale dei legamenti rotondi (operazione d'Alexander). Si può pure praticare in questi casi il raccorciamento intraperitoneale dei legamenti rotondi o dei legamenti utero-sacrali della via vaginale.

3.° Nelle donne ancora in stato di concepire, le retroflessioni non complicate, dovranno essere curate coll'accorciamento intra-peritoneale dei legamenti rotondi e, se è necessario, dei legamenti utero-sacrali; le due operazioni fatte per via vaginale.

4.° Le retrodeviazioni aderenti, devono essere operate nelle donne prima della menopausa, coll'accorciamento intra-peritoneale dei ligamenti rotondi, e, se è necessario, dei legamenti utero-sacrali, dalla via vaginale, se possibile. L'operazione d'Alexander può essere applicata a queste deviazioni, dopo la rottura delle aderenze con la colpotomia, nei casi in cui i legamenti rotondi non sono interessati dalle aderenze, come avviene spesso dopo il rinnovarsi di processi di perimetrite anteriore.

5.° La retrodeviazione d'un utero, sprovvisto dei suoi annessi (dopo la salpingo-ooforectomia), deve essere trattata col raccorciamento intra-peritoneale dei legamenti rotondi e dei legamenti utero-sacrali, se è necessario.

6.° Dopo la menopausa le retrodeviazioni devono essere curate col raccorciamento intraperitoneale dei legamenti rotondi e dei legamenti utero-sacrali, dovendo questa operazione essere eseguita, se possibile, dalla via vaginale. L'operazione d'Alexander basterà se non esistono aderenze e se l'utero non è atrofizzato.

7.° Allorchè i legamenti utero-sacrali sono allungati e sono in tal modo un fattore importante della retrodeviazione, il loro accorciamento dovrà essere compreso nell'operazione; la via vaginale è preferibile per raggiungere questo scopo.

APPENDICE.

Operazione di raccorciamento dei legamenti rotondi ed utero-sacrali.

1.° Il cul di sacco anteriore della vagina è inciso, come nella colpotomia anteriore, l'utero e gli annessi sono liberati dalle loro aderenze, se ne esistono, l'utero è condotto in antiversione e il fondo dell'organo è tratto nella vagina. Il legamento rotondo, compresovi il suo rivestimento peritoneale, è circondato da una sutura in seta, abbastanza lontano dall'utero per permettere il suo facile attacco all'utero, a livello del punto d'origine del ligamento rotondo. In tal modo questo è ripiegato su se stesso e presenta naturalmente due anse di cui l'una è suturata all'utero, mentre che l'altra lo sarà al legamento rotondo esso stesso in fuori della parte ripiegata. Una terza sutura è collocata sull'ansa stessa. Si deve aver cura di non ferire la tromba passando quest'ultima sutura. Dopo aver ripetuta la stessa manovra dalla parte opposta, l'utero è rientrato nella cavità peritoneale e l'apertura vaginale è chiusa in catgut suturando dapprima il peritoneo solo e poi la parete della vagina.

2.° Apertura del cul di sacco posteriore con una incisione trasversale a livello dell'inserzione utero-vaginale, estendentesi dalle 2 parti fino al cul di sacco laterale. Si entra nel Douglas e si getta una forte sutura di seta sul legamento utero-sacrale, circa al suo punto mediano. Si pratica ciò dalle 2 parti tendendo i legamenti a fine di facilitare questa manovra. L'estremità di ciascuna sutura è passata attraverso la parete vaginale, ciascuna dalla sua propria parte e all'angolo estremo dell'incisione, i fili sono serrati solidamente. In questa maniera il collo è tirato indietro e in alto e arriva così a circa metà altezza dei legamenti utero-sacrali. Il cul di sacco è chiuso in catgut e le suture interessanti i legamenti utero-sacrali sono lasciate lunghe; il drenaggio è tolto dopo 15 giorni. La malata deve guardare il letto 3 settimane, non si applicherà il pessario. Bisogna stare attenti alla regolare evacuazione dell'intestino e della vescica; le malate con addome prominente dovranno portare la cintura ventrale.

TERZA QUESTIONE.

Quale è il metodo di chiusura dell'addome che sembra meglio garantire contro gli ascessi, gli sventramenti e le ernie.

Relazione del dott. F. LA TORRE, di Roma.

CONCLUSIONI.

1.° La chiusura dell'addome è ancor oggi una questione così particolarmente interessante che vale la pena di occuparsene.

2.° Gli autori, ed anche gli scrittori speciali, non sono ancora d'accordo sulla definizione delle ernie post-operatorie e degli sventramenti. Si deve intendere per *ernia* o *sventramento post-operatorio* la uscita dei visceri a traverso una soluzione di continuità degli strati della parete addominale. Lo strato che si trova più ordinariamente aperto è lo strato muscolo-aponeuroico.

3.° Le ernie post-operatorie erano più frequenti prima, quando si chiudeva l'addome col metodo extra-peritoneale, si praticava la sutura in massa dei tessuti e si aveva frequentemente la suppurazione. Esse sono meno frequenti oggi dacchè si sutura l'addome col metodo intra-peritoneale o con quello extra-peritoneale con le modificazioni raccomandate da Durante.

4.° Le cause degli sventramenti si possono riunire in tre capi: 1.° la mancanza di riunione del piano muscolo-aponeurotico; 2.° le circostanze che determinano la riunione per seconda intenzione di questo piano; 3.° le circostanze che rilasciano o rompono la cicatrice.

5.° Una buona chiusura dell'addome risulta di tre fattori principali; l'incisione, i fili impiegati e il metodo di sutura.

Gli elementi più importanti sono l'incisione e la sutura del piano muscolo-aponeurotico: cioè il luogo in cui si deve incidere e come si deve suturare i tessuti.

6.° La sutura fatta sui tessuti aponeurotici della linea alba è sovente la causa delle ernie; non è la stessa cosa quando si pratica in pieno muscolo.

7.° La causa delle ernie essendo l'apertura del piano muscolo-aponeurotico, far cadere l'incisione sulla linea alba e poi, prima di suturarla, togliere i tessuti aponeurotici della linea alba fino ai bordi interni dei muscoli retti e suturare riunendo le guaine e la sostanza muscolare.

Relazione del dott. GRANVILLE BANTOCK.

Conclusioni.

1.° I batteri non agiscono nella genesi della suppurazione, poichè essi sono l'effetto e non la causa delle condizioni speciali nelle quali si riscontrano. Gli ascessi sopravenienti nelle piaghe o sul tragitto d'una sutura non sono dovuti alla penetrazione di *germi* o di bacilli adulti, ma provengono nel primo caso dalla presenza di materia morta agendo come corpo estraneo, e nel secondo caso, dalla compressione dei tessuti, prodotta della sutura troppo serrata.

2.° D'ordinario la semplice sutura con punti separati basterà a tutte le esigenze della pratica.

3.° Nei soggetti molto magri o molto grassi si dovrà chiudere il peritoneo separatamente con la sutura a sopraggitto, mentre che il resto della soluzione di continuità addominale sarà riunita con uno o due piani di suture.

4.° Il crine di Firenze costituisce il miglior materiale di sutura per quella a punti separati, mentre che sarà preferibile d'impiegare il catgut, non preparato all'acido cromico, per le suture perdute.

Comunicazioni al Congresso Internaz. di Ostetricia e Ginecologia a Ginevra

Prof. L. M. BOSSI

DIRETTORE DELLA R. SCUOLA OSTETRICA DI NOVARA

A proposito del trattamento dell'eclampsia

Signori,

Charpentier (1), pur dimostrandosi eccessivamente partigiano del metodo aspettante, nella sua interessante relazione sull'eclampsia, ha ricordato in particolar modo il mio processo di parto forzato e di provocazione artificiale del parto; il prof. Mangiagalli pure vi alluse dichiarando ritenere, che la mortalità dell'eclampsia diminuì per l'abitudine di un più largo e tempestivo intervento.

Evidentemente è in ispecie su tale argomento ed a tale riguardo ch'io mi credo in dovere di richiamare la vostra attenzione. Ma, anzitutto, desidero dichiarare che, completamente io mi associo a quelle idee conservatrici e di prudenza, che devono formare la miglior dote dell'ostetrico.

Chè in realtà, se vi ha una complicanza ostetrica nella quale non devesi abusare dei mezzi operativi, questa è l'eclampsia. Ma dall'abuso al razionale uso vi ha non lieve cammino, e fra l'eccesso di inerzia a cui Charpentier vorrebbe obbligare l'ostetrico, all'eccesso di attività a cui vorrebbe spingerlo l'Halberstma, vi ha la giusta via di mezzo che sopra tutti i relatori meglio fu dal Mangiagalli delineata.

Abitualmente devesi prima tentare in questa sì grave complicanza, come giustamente hanno riferito parecchi miei predecessori, i mezzi preventivi.

Per conto mio ebbi a constatare come siano di non poco diminuiti i casi di convulsioni eclampsiche dacchè regolarmente e metodicamente faccio praticare su *tutte le gravide* e su *tutte le pazienti* in sopraparto ripetuti esami dell'orina per constatare se havvi albumina, e, constatata la presenza di questa, sottometto la paziente ad assoluta dieta lattea, a purganti, ecc. A vero dire la frequenza con

(1) .... « Le second procédé d'accouchement forcé consiste dans la *dilatation instrumentale du col et l'extraction de l'enfant.* Bossi de Gênes en a été le promoteur en 1890. Son instrument très ingénieux répond a quatre conditions, etc. » CHARPENTIER. « Rapport pour la France sur le traitement de l'éclampsie, » au Congrès International de gynécologie et d'obstétrique de Génève, Septembre 1896.

che trovasi albumina nell'orina, specialmente durante il sopraparto e più ancora a periodo avanzato del sopraparto, è assai maggiore forse di quanto si ammetta.

Riassumendo i miei esperimenti in linea di frequenza riscontro: 1.° Periodo espulsivo del sopraparto (massima frequenza). — 2.° Prime 12 ore dopo il parto. — 3.° Periodo dilatante del sopraparto. — 4.° Periodo prodromico del sopraparto. — 5.° Ultimi due mesi di gravidanza. — 6.° Il 2.°, 3.°, 4.° giorno di puerperio. — 7.° Primi 7 mesi di gravidanza. — 8.° Dal 5.° giorno di puerperio in poi.

Fatto questo che si avvicina in modo sorprendente a quanto si è clinicamente riscontrato per rapporto alla frequenza dell'eclampsia, il che non ha lieve importanza a riguardo della patogenesi di questa.

Quando le convulsioni eclampsiche sono venute in scena, devonsi sempre tentare tutti i mezzi terapeutici possibili non escluso il salasso.

Ma sonvi dei casi nei quali tutti gli interventi medicamentosi, il cloralio, la morfina, il cloroformio, i clisteri di siero artificiale, ecc., falliscono, e l'ammalata continua a peggiorare, le convulsioni si rendono ognor più frequenti e chiaramente vedesi avvicinarsi la catastrofe, la morte della madre e del feto.

Il collo è chiuso, talora nè punto nè poco accorciato, l'urgenza d'un intervento rapido s'impone, l'unica risorsa che si presenta è lo svuotamento dell'utero, ma questo deve farsi celeremente. Si tenta, come devesi appunto sempre tentare, di dilatare il collo colle dita, ma non si riesce; ed i fenomeni s'impongono ognor più.

Ebbene, o signori, possedendosi allora un mezzo col quale possiamo anche in una primipara con collo punto accorciato, aprire e dilatare il canale cervicale a sufficienza per estrarre il feto in un'ora, mezz'ora ed anche, se havvi urgenza assoluta, in venti minuti, si ripudierà allora tale mezzo?

Il metodo che, *in simili circostanze,* io forse troppo insistentemente, ma certo con seria e fondata convinzione, suggerisco usando del mio dilatatore (1), raggiunge appunto questo risultato.

Come Charpentier ha nel suo rapporto riferito, il dilatatore che ho l'onore di presentarvi colle ultime modificazioni sue: 1.° può essere introdotto nel canale cervicale dopo il quarto mese di gravidanza, poichè a quest'epoca, comunque sia la lunghezza del collo, il canale cervicale è sufficientemente rammollito per lasciar penetrare le tre branche riunite. 2.° Si ottiene sempre una dilatazione sufficiente con tali tre branche, perchè esse si possono dilatare in limiti superiori a 11 centimetri di diametro e ciò tenendo conto dell'enorme resistenza delle pareti del collo dell'utero. 3.° L'operatore può a volontà ottenere una dilatazione sufficiente per riuscire anche in venti minuti in una primipara a collo lungo, non accorciato ed

---

(1) L'istrumento è in Italia fabbricato da G. Marelli, Via Paletta, Milano.

estrarre il feto. Il tempo più o meno lungo che richiede la dilatazione deve essere regolato secondo l'urgenza delle indicazioni. 4.° Appena introdotte e dilatate, sia ch'esse agiscano come corpi estranei, sia per la pressione che esercitano, le branche provocano sempre contrazioni, che divengono man mano più energiche quanto più si va forzando la dilatazione.

Ogni ostetrico sa che nei casi gravissimi d'eclampsia il risultato dipende tutto dalla rapidità d'intervento, di svuotamento dell'utero.

Si sostengono da alcuni le incisioni del collo, ed anche l'operazione cesarea. Ma, a parte il fatto che l'operazione cesarea in simili circostanze è ben disagevole a farsi a domicilio, non devesi poi negare come le incisioni possano riuscire ben pericolose tanto più quando il collo è poco o punto accorciato.

Quanti casi pur troppo registra la pratica clinica nei quali le incisioni durante l'estrazione del feto divennero una profonda lacerazione, portando come conseguenza o la morte della paziente per emorragia o la necessità di una rapida sutura, sutura che è sempre disagevole a domicilio!

Ora avendosi un metodo col quale si può dilatare rapidamente, senza incidere e senza lacerare, io credo che ad esso debbasi a preferenza ricorrere.

E dico anco senza lacerare, e ciò sia a base di esperienza, sia pel fatto che, onde togliere questa obbiezione (che pei seguaci delle incisioni — alla Dührssen — diveniva per sè poco esplicabile) modificai in ultimo il mio istrumento coll'aggiunta di tre pezzi metallici da inserirsi sulle branche terminali quando la dilatazione ha raggiunto circa da due a tre centimetri, e che riuniti rappresentano un cilindro del diametro appunto di circa 3 centimetri, offrendo così ai tessuti del canale cervicale una superficie tale da rendere quasi impossibile ogni lacerazione. Ed ecco l'istrumento quale si presenta colle ultime modificazioni (Vedi figura).

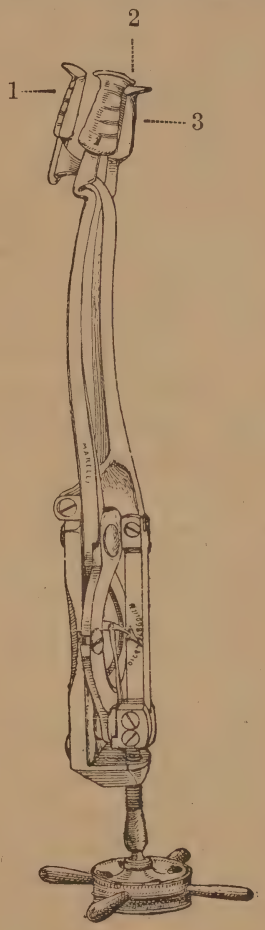


Figura del dilatatore colle ultime modificazioni. — (Fabbricatore G. MARELLI, Via Paletta, Milano).

NB. I pezzi N. 1, 2, 3 sono da aggiungersi solo quando vi hanno già circa da 2 a 3 centimetri di dilatazione e dall'eccessiva distensione dei tessuti si teme che questi si lacerino.

Quando si è inciso non *si è mai sicuri* (nessuno può asserire il contrario coscienziosamente) *ove* l'incisione, a causa della distensione esercitata sul collo e sul segmento inferiore dell'utero per l'estrazione

del feto, possa estendersi. Fatti clinici molteplici, occorsi e stampati lo provano. La mia statistica (raccolta dalla Guardia Ostetrica di Genova per l'assistenza a domicilio delle partorienti povere, dalla mia pratica privata, da casi occorsi durante la mia direzione della Clinica di Genova, dalla Clinica ostetrica di Novara, e da casi riferitimi da colleghi della provincia) comprende 38 interventi *col mio processo,* con *soli due decessi e cinque feti perduti* (esclusi — intendesi — quelli che già erano morti quando si operò). I casi che un anno fa trasmisi al professor Mangiagalli per la sua relazione erano 22 con un solo decesso per le madri e 3 pei feti.

Ricordo ancora che di questi casi parecchi appartengono a sanitari i quali esercitano nelle campagne, con esperienza ed esercizio tecnico limitatissimo, con mezzi ancor più limitati ed il più delle volte abbandonati a se stessi.

E ciò piacemi ricordare perchè, o signori, non dobbiamo dimenticare come un elemento di somma importanza sia l'ambiente in cui devesi intervenire.

Negli Istituti clinici e di Maternità abbonda il personale di servizio e d'assistenza intelligente, sperimentato e disciplinato, abbondano tutti i sussidii terapeutici, l'ambiente è pronto per qualsiasi intervento e la responsabilità nostra è completamente messa al riparo.

Ma tutto ciò manca il più delle volte a domicilio e là, la responsabilità e la posizione morale del povero sanitario sono in balìa affatto di un pubblico il più delle volte ignorante ed anco mal disposto.

Uopo è aver esercitato l'ostetricia operativa nelle campagne o, a mezzo di Guardie ostetriche, nei tugurii delle città, per giudicare se ancora si può osare di suggerire al pratico sia il taglio cesareo sia certe *Dursiane* incisioni nell'eclampsia.

Utilissimi io ritengo invero i dilatatori di quei benemeriti maestri dell'ostetricia che sono il Tarnier ed il Barnes, entrambi i quali mi onoro vedere qui presenti, nonchè il dilatatore del Charpentier de Ribes, la laminaria, le sonde, ecc., ma non dobbiamo dimenticare, che nei casi gravi di eclampsia l'urgenza di svuotare l'utero si manifesta sovente rapidamente, e con tali mezzi non siamo punto certi di dilatare a sufficienza colla celerità indicata nel caso.

Ciò è a conoscenza di qualsiasi ostetrico vi abbia ricorso; poichè infatti, se altre volte essi riescono allo scopo in 20, 30 ore, altre volte richieggono due, tre, quattro e più giorni, coll'aggravante di dover successivamente usare or l'uno or l'altro.

Qualche ostetrico avrebbe raffrontato il dilatatore a tre branche del Tarnier al mio; ma tale raffronto non può assolutamente sussistere poichè, come giustamente scrisse lo stesso illustre ideatore, quello è un *eccitatore uterino,* che non domina, urgendo, la natura, ma è da questa dominato; breve, la differenza è più che sostanziale e si può riassumere nel fatto: che il dilatatore Tarnier non serve

nei casi (e sono i più gravi) in cui serve il mio; il mio invece serve sempre ove serve quello del Tarnier. Vana è quindi ogni discussione al riguardo trattandosi d'un principio elementarissimo *ubi major minor cessat.* E quanti casi invero sonvi specialmente per rapporto all'eclampsia in cui si decide la provocazione del parto in condizioni tali da ritenersi poter aver a disposizione molte ore senza pericolo, nel mentre poi i fenomeni si aggravano, ognor più incalzano, richieggono un rapido svuotamento dell'utero. Che necessiterà fare in tali circostanze se trovasi applicato il dilatatore Tarnier od altro qualsiasi? Uopo sarà ritirarlo e, o fare le incisioni od applicare il mio.

Ora la questione diviene semplice:

1.° Il collo è lungo, poco o punto accorciato, ed in tal caso oramai quasi tutti gli autori concordano nel condannare le incisioni, dando la preferenza alla dilatazione meccanica (non possibile essendo, s'intende, la manuale). I dilatatori dell'Osiander, del Busch, del Sims, ecc., lo sappiamo, non servono, devono considerarsi semplici dilatatori ginecologici, ed allora, fino a che altri non se ne inventino, devesi ricorrere al mio.

2.° Il collo è accorciato completamente, si tenta la dilatazione manuale e non riesce; la scelta dunque (ove non vogliasi ricorrere al taglio cesareo) deve farsi fra il mio processo e le incisioni. Il mio dilatatore, coll'aggiunta dei nuovi pezzi metallici (v. fig. 1, 2, 3) si presta benissimo ad essere applicato anche quando i margini del collo sono velamentosi ed in diretto contatto o col sacco amniotico non rotto o colla testa, e ciò essendo, non so come debbasi dare la preferenza alle incisioni che sono sempre un mezzo cruento non privo di pericolo, potendosi avere lo stesso risultato senza ledere i tessuti.

Il ragionamento ed il responso sembranmi dunque più che ovvii.

Il dott. Decio pubblicò nel 1.° Numero 1896 degli *Annali di Ostetricia e Ginecologia* un caso nel quale, per eclampsia insorta, dopo tentate le sonde dell'Hegar ed il catetere del Krause, usò il mio dilatatore e non riuscendo allo scopo praticò un taglio cesareo conservatore estraendo un feto morto, di sette mesi, ma salvando la madre. Trattavasi invero di primipara, con collo di lunghezza e resistenza eccezionale, ma tale caso pel mio metodo avrebbe costituito un insuccesso. Non avendo presenziato al fatto non discuto su esso; soggiungo però che nei numerosissimi interventi *in primipare* avutisi da me e dai miei assistenti, mai ci occorse di dover rinunciare all'azione del mio processo. E d'altronde mi è doveroso riscrivere quanto incidentalmente lo stesso dott. Decio nella sua relazione stampò, e cioè: « Dato mano all'istrumento dilatatore Bossi, introdotte le branche ecc. mi provai a girarne la ruota, convinto che l'esito *avrebbe corrisposto alle speranze, siccome in altri casi in cui ebbi ad usarlo* » (verbalmente mi disse poi che erano quattro o cinque), « *e come appunto si verificò nel giorno appresso su di un' altra eclampsica sopraggiunta.* »

Evidentemente sarebbe stato utile che in aggiunta a tale caso di insuccesso dettagliatamente descritto fossero stati pubblicati anche gli altri casi di successo pur con pochissimi dettagli, ma ciò non toglie che il fatto dei risultati avutisi anche dall'egregio collega col mio metodo esista, e ripeterò d'altronde con lui « che ingiusto sarebbe il voler assolutamente pretendere che un istrumento si attagli e possa riuscire in ogni singolo caso. »

Nè debbo chiudere avanti soggiungere ancora, *quanto già in mie memorie precedenti pubblicai,* che anche in casi di donna agonizzante (della quale contingenza per rapporto all'eclampsia purtroppo non possiamo dimenticarci), il mio metodo può essere assai utilmente messo in pratica, specialmente a domicilio ove le difficoltà morali e l'impressione di un taglio cesareo, seguito sovente da estrazione di feto morto, devono avere il giusto peso sulla bilancia delle considerazioni per la scelta del mezzo.

In donna agonizzante il collo è abitualmente di una dilatabilità sorprendente, e col mio divulsore, specialmente non dovendoci preoccupare degli effetti sulle parti molli, in pochi minuti si può ottenere sufficiente dilatazione ed estrarre *per le vie naturali,* senza gli inconvenienti morali e materiali di una laparotomia, in simili condizioni, un feto vivo.

Si consideri che, seguendo appunto con tal mezzo le vie naturali, l'atto operativo può decidersi e farsi ben prima che non il taglio cesareo, e conchiuderò dicendo che in tal modo gli interventi in donne gravide agonizzanti saranno ridotti a ben limitato numero, dovendosi tali tristi istanti prevenire.

La natura stessa, d'altronde, sempre maestra, ci insegna al riguardo la via da seguire; quanto sovente il feto viene espulso spontaneamente dall'utero di donna agonizzante, da poco morta? Quei tessuti quindi devonsi all'uopo ritenere preparati, ed io mi dichiaro affatto contrario perciò, *in tesi generale,* ai sostenitori del taglio cesareo nelle agonizzanti, soggiungendo che ad esso devesi sostituire il parto forzato quale reiteratamente suggerii.

L'istrumento divulsore che vi presento e descrivo fa sempre l'impressione d'un congegno di tortura, d'essere troppo voluminoso e pesante.

Ma, a parte il fatto che, come vedete, esso oramai è ridotto a limiti, *relativamente,* minimi e ad un peso inferiore ad 1 chilogramma, non dobbiamo, o signori, dimenticare che esso è un dilatatore unicamente ostetrico, che nessuna branca chirurgica necessita di istrumenti, tanto pesanti e voluminosi quanto l'ostetricia.

Forsechè ripudiamo il forcipe, il cranioclasta, il cefalotribo, il basiotribo ecc., perchè sono voluminosi e pesanti?

Il collo offre soventi una resistenza enorme e, specialmente nei casi urgenti, l'ostetrico intervenendo deve possedere un mezzo altrettanto forte e resistente.

Ed oso infine dirvi: non arrestatevi dinnanzi alle apparenze ed alle supposizioni, ma provate, fatene l'esperienza personale.

Se diamo uno sguardo alle varie statistiche testè forniteci a proposito dell'eclampsia troviamo:

Charpentier de Ribes 45 per cento mortalità per le madri e 45 per cento mortalità pei feti. Tarnier 22.5 per certo mortalità per le madri. Maygrier 37.5 per cento mortalità per le madri e 81 per cento mortalità pei feti. Gueniot 30.41 per cento mortalità per le madri. Porak e Bernheim mortalità per le madri 23.74 per cento, pei feti 50.84 per cento. Percentuali di mortalità certamente gravi e che devono, a mio credere, far pensare che le vie tenute finora non sono le più favorevoli.

E in parte la spiegazione la fornisce Halbertsma, il quale ci riferisce che su 26 casi gravi di eclampsia nei 10 in cui intervenne attivamente e celeremente salvò 8 madri, nei 16 invece in cui temporeggiò perdette 15 madri. La mia statistica offre il 5 per cento di mortalità per le madri *eclampsiche* in cui si intervenne attivamente, ed il 14 per cento pei feti relativi.

La conclusione quindi a dedursi parmi ovvia; non si esageri negli interventi ostetrici, ma non si pecchi neppure di inerzia.

RASSEGNA

WOLFF — **Ueber die Tuberculose des Eierstocks** *(Della tubercolosi dell'ovaio).* — *Archiv für Gynäkologie,* Band 52, II Heft, 1896.

Esposta la non lunga serie dei casi noti nella letteratura di tubercolosi dell'ovaio, malattia che ha finora richiamato l'attenzione assai meno che la tubercolosi delle tube e dell'utero, l'A. mette avanti i reperti da lui ottenuti, riguardo alla frequenza, alla anatomia patologica e alla eziologia di quest'affezione, in 17 autopsie di donne morte per tubercolosi.

In cinque di esse trovò tubercolosi genitale: in una, tubercolosi delle ovaia; in un'altra, delle ovaia e della tube; ed in un'altra, delle ovaia e dell'utero. In tutti e tre questi casi esisteva tubercolosi diffusa a tutto il peritoneo, e sempre l'affezione era bilaterale. Trattavasi in tutti della stessa forma di tubercolosi: essa era tale che macroscopicamente non ne appariva traccia, ma il microscopio mostrava una diffusa formazione di piccolissimi focolai tubercolari. Il fatto che in tutte queste sei ovaia l'affezione non era riconoscibile ad occhio nudo, e che simili reperti già furono rilevati da Edmunds, Chandelux, Griffiths, induce a credere che molte volte questi focolai tubercolari piccolissimi e difficilmente riconoscibili siano

sfuggiti all'osservazione, e che perciò la tubercolosi dell'ovaio sia più frequente di quanto appaia dalla letteratura, e di quanto è ancora ammesso, dalla più parte degli autori.

Non solo non era il processo tubercolare macroscopicamente dimostrabile, ma le stesse ovaia *in toto* non si presentavano alterate. Solo in un caso esse erano ingrossate e mostravano al taglio punti giallicci come di fibrina, ed in uno osservavasi una cisti della grossezza di una noce.

I tipici tubercoli trovavansi disseminati sopratutto nella sostanza corticale dell'ovaio, ed avevano una estensione apparentemente assai piccola. Talvolta si trovava solo una cellula gigante, vicino alla quale vedevansi poche cellule epitelioidi: tal altra si trovavano forti accumuli di cellule epitelioidi, in mezzo alle quali stava una cellula gigante tubercolare. Mancava affatto o quasi affatto la caseificazione. I piccoli nodi tubercolari erano circondati da un anello di fibre connettivali decorrenti in senso circolare. Ciò richiama a quello che Acconci mise in evidenza nella tubercolosi ovarica prodotta sperimentalmente: egli pure osservò una simile neoformazione connettivale, dalla quale erano circondati i piccoli tubercoli.

Per quanto concerne la via per la quale le ovaia vengono infettate, è da escludere nei casi descritti che si trattasse di una malattia primitiva, viste le minime alterazioni di esse, e la tubercolosi avanzata di altri organi. L'infezione verosimilmente si trasmetteva o dalle tube, o dal peritoneo, ed in ogni caso sulla libera superficie dell'organo. In parecchi casi, in cui esisteva tubercolosi del peritoneo e non delle ovaie, l'A. trovò che queste erano avvolte da membrane e da masse connettivali, che, a suo credere, le protessero dall'infezione. Egli però non esclude che possa aversi la tubercolosi dell'ovaio per penetrazione di bacilli nel circolo sanguigno da organi remoti. TRIDONDANI.

SCHAEFFER — **Ueber die Schwankungsbreite der Gewichtsverhältuisse von Saüglingen in den ersten 14 Lebenstagen, und die Ursachen dieser Schwankungen** *(Della diminuzione di peso nei poppanti nei primi 14 giorni di vita, e cause di questa diminuzione). — Archiv für Gynäkol.,* Bd. 52, II Heft.

Dalle pesate di 592 bambini sani, fatte dopo il parto, al settimo e al quattordicesimo giorno dopo di esso, ecco quali risultati si ottennero:

Solo il 14 0[0 dei bambini offrono, al settimo giorno dopo la nascita, un peso che è uguale al primitivo, ovvero aumentato. È uguale al primitivo, ovvero aumentato, prima del quattordicesimo giorno, nel 41 0[0. Nel 44 $^1/_2$ 0[0 rimane, al quattordicesimo giorno, al di sotto del peso iniziale. Il peso minimo si ha al 3.° giorno. Il peso iniziale viene raggiunto al 9.°-10.° giorno.

I bambini offrono una minore diminuzione che le bambine. I nati con peso molto superiore alla media mostrano una forte tendenza alla diminuzione.

Quanto alla influenza materna e paterna, si nota che le primipare al di sotto di 55 chilogr. e al di sotto di 20 anni partoriscono i bambini più leggeri e con minima predisposizione all'accrescimento. Così pure donne infette o che durante la gravidanza lavorano molto o si nutrano malamente. Padri robusti compensano, pel buon peso dei bambini, la debolezza della madre.

La reale diminuzione di peso fino al 3.° giorno è *maggiore,* e l'aumento fino al 7.° giorno è *minore* della differenza di peso tra il *più* di latte e il *meno* di escrementi. Il consumo dell'organismo del neonato, consumo che è legato alla diminuzione di peso del corpo, è dovuto alla produzione di calore: il che è dimostrato dal parallelismo delle curve che segnano la temperatura e il quantitativo di eliminazione di azoto.

I bambini prematuri mostrano diminuzione assai maggiore del peso e della temperatura, maggiore secrezione di azoto per le urine e più frequentemente ittero. L'ittero dei neonati è appunto dovuto al consumo dell'organismo infantile allo scopo della produzione di calore.

Infine per quanto riguarda il genere di allattamento, si notò che i bambini nutriti col Soxhlet non mostrarono al settimo giorno nessun aumento di peso, ed al quattordicesimo un aumento di peso minore degli altri. TRIDONDANI.

STREBEL — **Ein Beitrag zur Lösung der Kaiserschnittsfrage** *(Contributo alla soluzione della questione del taglio cesareo).* — *Archiv für Gynäkol.,* 52 Bd., II Heft.

L'A. espone la storia e i risultati delle operazioni cesaree compiute da Wyder dal 1888 fino a questi ultimi mesi, nelle quali non si avrebbe avuto che una mortalità dall'8. 33 0[0: mortalità, che sarebbe anzi ridotta a zero così per la madre come per il feto, se calcolata soltanto su quelle eseguite dal 1892 fino al presente.

Sull'appoggio dei felici esiti che oggidì si hanno col taglio cesareo, l'obbiettivo del clinico, nella questione che riflette le indicazioni di questo atto operativo, sarebbe, secondo l'autore, da precisarsi in questi termini:

Nelle gravi viziature pelviche si è davanti alla alternativa della provocazione dell'aborto artificiale o dell'attuazione del taglio cesareo a termine di gravidanza. A quest'ultimo atto operativo è da dare la preferenza in vista del sicuro salvamento del bambino e di quello probabilissimo della madre.

Nelle indicazioni relative del taglio cesareo, conviene, nelle Cliniche, attenersi ad esso: epperciò, possibilmente, la donna deve essere inviata alla Clinica in tali casi. È da attenersi al taglio cesareo anzichè alla sinfisiotomia, od anzichè all'em-

briotomia a feto vivo, operazione che, se trova benissimo la sua indicazione a feto morto, solo affatto eccezionalmente è lecita a feto vivo. S'intende che in queste indicazioni relative per l'operazione cesarea si è sempre in diritto di attenersi al parto prematuro artificiale quando la gravida si presentasse abbastanza in tempo.

Il rivolgimento con estrazione e l'applicazione alta di forcipe sono espedienti, che nelle indicazioni relative del taglio cesareo possono, invece di questo, essere messi in atto a viziatura pelvica di 1.° grado, ma tanto più raramente quanto migliori si mostrano i risultati del taglio cesareo. TRIDONDANI.

SCHRAMM. — **Dreiunddreissig vaginale Uterusexstirpationen nach Péan-Richelot** *(Trentatre estirpazioni d'utero per la via della vagina col metodo Péan-Richelot).* — *Archiv für Gynäkol.*, 52 Bd., II Heft, 1896.

Il metodo francese della forcipressura nella estirpazione dell'utero per la via della vagina non incontra troppo favore fra i tedeschi. Nondimeno l'A. ha da un periodo di sette anni praticato una serie di 33 asportazioni d'utero per la via vaginale, eseguite tutte quante esclusivamente col metodo delle pinze. In 22 casi trattavasi di metrocarcinoma, e su questi ebbe 4 morti, di cui 2 per ileo. Negli altri 11 trattavasi di mioma in 8, e di queste una ebbe esito letale. In totale quindi il 15.1 0[0 di mortalità. Malgrado che tale risultato appaia sfavorevole di fronte alla statistica di Landau e Abel (5.4 0[0), l'A. trova di che lodare il metodo della forcipressura per apprezzabili vantaggi in confronto col metodo delle suture.

E questi vantaggi sono: 1.° La più breve durata e la più agevole esecuzione dell'atto operativo. 2.° La sicura emostasi e la minor perdita di sangue. Nessuna emorragia post-operatoria. 3.° La possibilità che, anche operando in un punto forse non sano, per la necrosi che si ha coll'impiego delle pinze, l'alterazione morbosa in seguito abbia ad estinguersi. 4.° L'esecuzione dell'operazione dimostrata scevra di pericoli. 5.° La semplicità del trattamento successivo, senza la noia della rimozione delle legature.

Chi non si lascia scoraggiare dai primi insuccessi, e impara a migliorare la tecnica colla molta pratica, non dovrebbe, secondo il parere dell'autore, tornare al metodo delle suture. In ogni nuovo caso cresce la destrezza e la sicurezza nel trattamento colle pinze, che promette di superare i successi del metodo delle suture.

TRIDONDANI.

BIBLIOGRAFIA

A. MARTIN (Berlin). — **Le malattie delle tube.** — Arthur Georgi, 1895.

Lo studio dei cosidetti annessi dell'utero attrasse l'attenzione e la simpatia del prof. Martin fino dal principio della sua brillante carriera. La palpazione di questi organi nella vivente, la loro anatomia normale e patologica, la possibilità di guarirne le malattie, i metodi operatorii dell'esportazione di questi organi, formarono l'obbietto preferito delle sue ricerche. La crescente abbondanza del materiale personalmente raccolto dal prof. Martin e l'immenso sviluppo preso dalla letteratura in questo ramo della ginecologia, gli fecero conoscere come non fossero più alla portata dei tempi nostri recentissimi la maggior parte dei libri pubblicati sopra tale argomento, e così il prof. Martin si trovò incoraggiato ed autorizzato a intraprendere una nuova pubblicazione sull'argomento, e tanto più incoraggiato avendo trovato nel Kossmann, nell'Orthmann e nel Wendeler, dei preziosi collaboratori.

Il lavoro fu disposto in modo da fornire prima di tutto un volume sulle malattie delle tube, indi un volume sull'ovaio, ed infine un volume sul peritoneo pelvico in quanto serve a ricoprire l'utero e a involgerne i legamenti, da ultimo un volume sui legamenti stessi.

La collaborazione di Sänger fu per Martin una vera fortuna. Egli si assunse un capitolo del lavoro sulle tube, capitolo che fu studiato profondamente per più di un anno, e che diede un pregio ancora maggiore al valore scientifico dell'opera del prof. Martin.

Il volume del Martin sulle malattie delle tube è diviso in tre grandi parti: 1.° anatomia, embriologia e fisiologia delle tube — 2.° patologia delle tube: *a)* anomalie di sviluppo topografiche, alterazioni circolatorie, ipertrofie, atrofie, corpi stranieri; *b)* infiammazioni e granuloma infettivo; *c)* tumori delle tube — 3.° gravidanza extrauterina.

Il Martin premette nella introduzione alla patologia delle tube che non adopera più l'espressione *sacco tubarico*, bensì la parola *sactosalpinge* volendo con questa parola designare una salpinge ispessita e *rigonfia, rimpinzata* (dal greco γάττειν) di materiale non importa quale esso sia, cioè sia esso pus, sangue, o secreto tubarico. A questa parola *sactosalpinge* aggiunge poi gli aggettivi, *sierosa, emorragica, purulenta o apoctematosa* per indicare la natura del materiale contenuto nella tuba.

Nella parte embriologica sono originali i paragrafi sullo sviluppo delle fimbrie, quello della formazione delle volute, lo sviluppo post-fetale e l'involuzione delle tube.

Nel capitolo *Metodo di esame delle tube sulla vivente* appare evidente la grande maestria del prof. Martin e si sente la sua esperienza consumata nell'apprezzare i dati di fatto che lo conducono a diagnosi di una ammirabile ed invidiata precisione.

Questa precisione diagnostica poi appare in tutto il suo pregio nel capitolo dei sintomi speciali delle singole forme di salpingite: catarrale, purulenta, e nella valutazione delle forme di infiammazione cronica delle tube come nei granulomi infettivi (sifilide, tubercolosi, actinomicosi tubarica).

È ammirevole il modo preciso e minuzioso col quale, nello stabilire la prognosi e la cura delle malattie tubariche, il Martin tiene conto dei varii fattori bacteriologici e topografici che possano complicare l'esito, nonchè del modo con cui può procedere l'atto operativo. Le ricerche bacteriologiche in ispecial modo sono fatte costantemente con metodo scrupoloso ed i risultati sono pesati e ponderati dall'autore nella prognosi delle varie forme. I confronti statistici sono fatti principalmente coi risultati ottenuti da Schauta e risultano migliori per Martin.

Il capitolo fatto da Sänger riguarda i tumori delle tube ed è fatto in collaborazione con Barth, i tumori sono divisi in tumori della mucosa, in tumori dello strato muscolare, in tumori dello strato sottosieroso e in tumori della sierosa cui si aggiungono i tumori delle frangie del padiglione della tuba. I tumori della mucosa della tuba sono trattati con molte ed accuratissime osservazioni personali e sono illustrati con preparati microscopici. I tumori delle fimbrie sono illustrati con una bellissima tavola colorata, e dalla letteratura citata si vede come siano rari questi casi; l'autore illustrò una storia clinica interessantissima pubblicando le ricerche istologiche e cliniche relative ad essa.

L'autore è del parere che nelle operazioni sugli annessi è sempre prudente cosa esaminare l'interno delle tube asportate, perchè nascendo il fondato sospetto di tumore maligno, si proceda seduta stante all'asportazione anche dell'utero.

Nel capitolo sulla gravidanza extrauterina (Martin, Orthmann) la parte anatomopatologica e anche istologica è largamente rappresentata.

Come metodo operativo sopra 77 casi il Martin adoperò 73 volte l'estirpazione e 4 volte lo svuotamento del sacco. Ebbe 12 morte. Non è partigiano della legatura preventiva dell'arteria spermatica e dell'uterina nell'atto operativo. Ritiene indicata la laparotomia anche nei casi di estrema gravità dello stato dell'ammalata. *Finchè l'ammalata respira ed il polso batte la laparotomia è indicata.*

Degli autori italiani sono citati Pestalozza, Bantelli, Albini, Bizzozero, Cittadini, Ercolani e Paladino. CIOJA.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIX. Febbraio 1897. Num. 2.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS
26 MAR 97

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Palermo

diretto dal Prof. G. Chiarleoni

Contributo allo studio della rotazione assiale dei tumori ovarici

DEL

Dott. PIETRO MARCHESI

Aiuto.

Dietro consiglio del mio maestro, il prof. Chiarleoni, ho preso argomento per questo studio da sette casi di cisti ovariche con rotazione assiale sul proprio peduncolo, dei quali quattro furono da lui operati nella Clinica ostetrica di Catania durante il quadrennio 91-94 e tre nel corrente anno scolastico, in questa Clinica.

La frequenza di questa complicazione dei tumori addominali peduncolati, sieno essi ovarici o uterini o di altri organi, le molteplici conseguenze alle quali essa può dar luogo, la sua differente sintomatologia, sono stati di incentivo per un lungo e paziente studio da parte dei chirurgi che in essa si sono imbattuti e che dopo il Rokitansky hanno cercato di penetrare nella intimità della essenza di questa non di rado funesta complicanza.

Ciò che maggiormente occupa gli studiosi e che da essi è stato più a lungo trattato, è, più della sintomatologia clinica e delle conseguenze della torsione del peduncolo, il suo meccanismo d'origine, il modo con cui essa avviene ora lenta, ora repentina, ora di leggiero grado, ora di grado tale da strozzare il peduncolo, intercettando la circolazione nel tumore e spesso in modo da staccare questo da quello.

Il fatto in sè, quantunque in apparenza semplice, è in realtà dei più complicati, e tanto più ora appare sotto questo aspetto, in quanto dalle sempre nuove osservazioni facilmente si deduce e ci si convince della insufficienza di ciascuna singola delle tante ipotesi emesse e si

va in cerca sempre di nuovi elementi per delucidare la questione, i quali però il più delle volte nè danno nè tolgono alcunchè di positivo alla costatazione del fatto.

Non è certo nè con la pretesa, nè con la speranza di volere dire l'ultima parola su tale difficile argomento, che io mi accingo a rendere di pubblica ragione questi casi corredati da qualche considerazione sui medesimi, bensì con il proponimento di dare il mio modesto contributo ad uno studio tanto importante e di potere pronunziarmi, prendendo come fondamento i casi da me studiati, in favore dell'una o dell'altra delle tante ipotesi in sul proposito emesse.

***

Tutte le cause, che in un modo o nell'altro possono fare pensare ad un movimento rotatorio di un tumore nella cavità addominale sono state invocate a spiegazione del fatto, ma nessuna per sè sola basta a soddisfare le esigenze del paziente ricercatore e tutte prese insieme, se fino ad un certo punto possono sufficientemente spiegare il meccanismo della rotazione del tumore, d'altro canto fanno sorgere la questione sulla prevalenza dell'una o dell'altra di esse.

I differenti pareri su questo argomento non cesseranno fino a tanto che non si potrà dimostrare indiscutibilmente il vero meccanismo della rotazione del tumore con successiva torsione del peduncolo, sia clinicamente, sia anatomicamente o sperimentalmente.

La sperimentazione, bene istituita e condotta, dovrebbe essere, a mio credere, quella che più delle altre vie di ricerca potrebbe gettare un po' di luce in tanto buio, ma la difficoltà di essa, la quasi impossibilità di riprodurre sperimentalmente le condizioni anatomiche e topografiche di un tumore addominale che abbia la possibilità di ruotare, hanno tenuto lontani fino ad ora gli osservatori dal ricorrervi.

Se la rotazione di un tumore con susseguente torsione del peduncolo fosse comune a tutti i casi di tumori addominali peduncolati, o se la costante rotazione per un quarto di cerchio di tali tumori, da alcuni ammessa, rimanesse sempre tale, allora la questione sarebbe di molto semplificata e non vi sarebbe più facile cosa che riguardare il fatto come logica conseguenza di un dato ordine di cause che entrano nella categoria di quelle naturali; ma la relativa poca frequenza e lo

svariato manifestarsi dell'accidente fanno dirigere il pensiero verso cause specialissime e che non sempre è dato scoprire.

Credo qui il luogo opportuno per inserire le storie dei sette casi studiati, tanto più dovendo, nel corso del lavoro, spesso ricorrere ai medesimi come a fondamento della nostra argomentazione.

Caso I.

Anno scolastico 91. Ingresso in Clinica il 5 Luglio 91. L. G., di anni 52, maritata. Nulla si rileva di particolare dalla anamnesi remota. Mestruò per la prima volta a 12 anni normalmente; le mestruazioni decorsero sempre regolari fino al Marzo del 90, quando cominciarono a perdere la loro periodicità mensile, in modo che la donna veniva colta in media ogni 18 giorni da uno scolo sanguigno dai genitali, in quantità piuttosto considerevole. Questo stato di cose durò fino all'Aprile 1891, epoca in cui entrò definitivamente nella menopausa.

Andata a marito a 22 anni, in 30 anni di vita coniugale è rimasta sette volte incinta; le gravidanze decorsero tutte normalmente; i parti furono tutti a termine, fisiologici, facili; l'ultimo nel 1892. I puerperi decorsero anche fisiologicamente; essa stessa allattò tutti i suoi figliuoli.

Durante il mese di Marzo del 90 cominciò col lamentarsi di un dolore gravativo, intenso alla regione iliaca destra, dolore che durò pochi giorni, e quasi contemporaneamente, nella stessa regione, avvertì la esistenza di una tumefazione di consistenza piuttosto elastica, come diceva la donna, e che a poco a poco andava ingrossando, tenendo la medesima molto abbattuta.

A malgrado di vari metodi di cura tentati prima del suo ingresso in Clinica, le sofferenze continuavano ed il dolore fattosi costante ed intenso non di raro era a trafitture.

Esame dell'addome. Si nota un tumore di forma regolare, tondeggiante, per ovunque fluttuante, pochissimo mobile; l'onda liquida si sente in senso orizzontale e verticale. Le pareti addominali sotto profondi moti respiratori scorrono sulla massa morbosa, per quel tratto che sta sopra la linea ombellicale (12 cm.).

Misure dell'addome:

Circonferenza massima	. . . . .	92 cm.
» al livello dell'ombellico	. . .	88 »
Distanza dal pube all'ombellico	. . . . .	21 »
» dall'ombellico all'apofisi tifoide	. .	24 »
» dalla Sp. il. ant. sup. destra all'omb.		23 »
» » » » sinistra »		23 »
» dal pube al fondo del tumore	. .	33 »

Riscontro vaginale. Utero mobile, a fondo volto a destra e posteriormente, collo uterino con iperplasia areolare. La trazione in basso dell'utero lascia il convincimento che la massa morbosa è del tutto indipendente dall'utero stesso, e che possiede un peduncolo piuttosto breve e voluminoso.

La cavità dell'utero misurata con la sonda è lunga 80 mm.; esso è inclinato a destra e posteriormente.

Diagnosi. Cistoma ovario destro.

Terapia. Ovariotomia doppia (6 Gennaio 1891). Apertura del ventre; puntura della cisti dalla quale escono circa otto litri di liquido caffeico. Si trova il tumore con poche aderenze epiploiche, che facilmente si staccano. Svuotata ed estratta la cisti, si nota che il suo peduncolo, piuttosto lungo, è attorcigliato da destra a sinistra e dall'avanti all'indietro per un giro completo; i vasi del peduncolo sono trombizzati; nodo di Tait. L'ovaio sinistro è sclerocistico, per cui si trova ragionevole la sua asportazione; nodo di Bantock. Toilette peritoneale asciutta e sutura delle pareti addominali in massa.

La guarigione procedette senza alcuna complicazione. Esce guarita dalla Clinica il 25 Giugno 1891.

Caso II.

T. G., d'anni 44, maritata. Precedenti ereditari negativi; i genitori le sono morti vecchi, per malattie che la donna non ricorda. Bambina non sofferse mai alcuna malattia; mestruò normalmente a 16 anni e le mestruazioni si seguirono sempre periodicamente normali per quantità, qualità del sangue mestruo e per durata. All'età di 24 anni prese marito e in vent'anni di vita coniugale rimase due volte incinta; la prima gravidanza si interruppe a due mesi e la seconda, dopo 4 anni dall'avvenuto aborto, fu portata a termine, seguita da parto e puerperio fisiologici, 16 anni addietro.

Da circa quattro anni incominciò ad avvertire un dolore cupo alla regione soprapubica ed alla fossa iliaca destra; questo dolore, tollerabile; non continuo, localizzatosi nella fossa iliaca destra, dura tuttora; le mestruazioni si mantennero sempre regolari, fino a 5 mesi fa, quando incominciarono a farsi più scarse, pur tenendo sempre la regola nei periodi.

Colla palpazione addominale si riconosce essere l'ingresso superiore pelvico occupato da una massa dura, resistente e a contorno male definito, che si solleva di poco sulla branca orizzontale del pube; detta massa è mobile ed assai poco dolorosa.

Col riscontro vaginale si nota: utero anteflesso, del volume d'una testa di feto semestre; irregolare nel suo contorno, mobile, duro, inelastico. La cavità uterina misura 85 mm. di lunghezza.

Diagnosi. Fibroma interstiziale dell'utero.

Terapia. Ovariotomia doppia il 16 Giugno 1891. Fatta l'apertura del ventre, si riconosce che invece del fibroma uterino, si tratta di una cisti dell'ovaio destro fattasi aderente al fondo dell'utero. Queste aderenze assai fitte, e le pareti addominali molto spesse per adipe, rendono necessaria l'apertura in sede della cisti, da cui colano circa 300 grammi di liquido caffeico. Si può allora estrarre la cisti e riconoscere che aveva compiuti tre interi giri da destra a sinistra, e dall'avanti allo indietro, sul proprio peduncolo, che all'aspetto simula un vero cordone ombellicale.

Si asporta la cisti previa applicazione di un laccio circolare semplice. L'ovaio sinistro appare sormontato da una cisti ematica del volume di una noce, per cui si reputa conveniente la sua ablazione.

Guarigione senza complicanza di sorta.

Caso III.

M. M., d'anni 46, maritata. Il padre le è morto per malattia che non sa precisare; la madre e sei fratelli vivono e godono buona salute. Bambina non sofferse alcuna malattia. Mestruò per la prima volta a 22 anni; le mestruazioni si mantennero sempre regolari sotto tutti gli aspetti fino alla menopausa subentrata 4 anni addietro. In 24 anni di vita coniugale ebbe sette gravidanze a termine seguite da parti e puerperi normali; i figli vivono tutti eccetto l'ultimo nato nove anni addietro e morto ancora bambino.

Circa 11 anni fa, poco dopo il parto del penultimo figlio, avvertì per la prima volta nel quadrante inferiore destro dell'addome, un tumoretto della grandezza di una arancia e che l'ammalata poteva agevolmente toccare provocando appena un leggero dolore.

Fino a 4 anni addietro essa continuò in questo stato, quando fu soprapresa da dolori forti nella detta località, questi dolori non erano continui, anzi insorgevano ad intervalli piuttosto lunghi, e ad ogni accesso doloroso la donna faceva largo uso di morfina.

Il giorno 11 Novembre 93 fu tutto ad un tratto assalita da vivissimi dolori all'addome, che dopo averla obbligata a letto per qualche settimana, la costrinsero a ricorrere alla Clinica.

Esame generale. Colorito della pelle e delle mucose visibili profondamente pallido; pannicolo adiposo poco sviluppato; *facies ovarica.* Dimagramento sopradiaframmatico spiccato. Temperatura subfebbrile; polso piccolo, frequente. Organi toraco-addominali normali.

Esame dei genitali. Esternamente nulla di notevole. Internamente: utero portato il alto e in addietro lateralmente a sinistra; il suo corpo può essere differenziato facendo trazioni in basso sul muso di tinca e con la sonda portata nella sua cavità.

Una massa morbosa cistica, partente con tutta probabilità dall'ovaio destro, rimonta fino alla zona lombare di questo lato, occupando tutto lo spazio intermedio e spingendosi col suo contorno a sinistra verso le regioni opposte; le pareti del tumore qua e colà pare abbiano contratto delle aderenze col peritoneo parietale; sono peraltro piuttosto sottili ed attraverso di esse netta si ha la percezione della fluttuazione.

Diagnosi. Cistoma ovarico sinistro, probabilmente rotato sul proprio peduncolo.

Terapia. Addì 28 Novembre 93 si procede alla laparotomia di urgenza, date le condizioni gravi dell'ammalata.

Aperta la cavità addominale si vede che il grande epiploon a mo' di grembiale riveste totalmente la faccia anteriore del tumore, unito al medesimo con leggere e lasse aderenze, che si staccano facilmente con le dita senza determinare emorragia, meno che per un breve tratto a sinistra, posteriormente in basso, dove si deve sezionarlo, previa allacciatura. Sgusciato attraverso l'apertura addominale il tumore, esso mostra in basso sulla parete posteriore una vasta aderenza intestinale, che si può staccare semplicemente coll'aiuto dell'unghia.

Si riconosce allora essere il tumore ruotato sul proprio peduncolo, come già si era prima sospettato. L'attorcigliamento del peduncolo si era fatto da destra a sinistra e dall'indietro in avanti per due giri e mezzo a pochi centimentri dal punto d'attacco del tumore. Il peduncolo nello attorcigliarsi coinvolse buona parte della tuba, la quale adesa al tumore, ci fa scoprire fra questo e quella una raccolta di grumi sanguigni di poca entità. Il peduncolo è roseo e bene nutrito al di sotto del punto strozzato; superiormente invece molto violetto.

Si esporta il tumore dopo avere applicato sul peduncolo dapprima un laccio in massa, e poi un secondo per trasfissione del peduncolo stesso.

Il tumore di forma quasi sferica misurava nel suo diametro maggiore cm. 18; nel suo diametro minore cm. 15; peso grammi 1300. In tutta la superficie mostrasi lucente e fortemente cianotico. Spaccato longitudinalmente dal basso all'alto, ne cola una falda di liquido inodore di colore caffè-latte oscuro.

Sta questa falda di liquido tra una gran massa sebacea, centrale, di colorito biancastro e la parete cistica, la cui faccia interna è pressochè di colorito nero. In mezzo alla sostanza sebacea si trovano sparsi dei peli neri, setolosi, dritti, nonchè grossi gomitoli formati esclusivamente da peli color castagno.

Sopra un punto (inferiore) della faccia interna della parete cistica, si osserva una sporgenza a bitorzolo avente circa 2 cm. di massimo diametro, sulla quale sono impiantati sette denti, che simulano i piccoli molari, a gruppo, senza speciale disposizione.

Diagnosi post-operatoria. Cisti dermoide dell'ovaio sinistro con attorcigliamento del peduncolo. Epiploite adesiva.

Immediatamente dopo l'operazione la temperatura scese alla normale ed il polso aumentò in forza e diminuì in frequenza.

L'andamento post-operatorio fu dei più regolari, tanto che la donna fu dimessa in 14.ª giornata.

Caso IV.

M. C. d'anni 51, maritata. Il padre le è morto in tarda età per marasmo senile; la madre, un fratello ed una sorella sono viventi ed in buona salute. Mestruò la prima volta a 11 anni, con leggeri dolori e scarsa quantità di sangue; le successive mestruazioni furono sempre dello stesso tipo, ma regolari in quanto ai periodi. Andò a marito a 26 anni; ebbe due gravidanze a termine con l'intervallo di 17 mesi, terminate con parti fisiologici, ma seguite da puerperi morbosi, stando a quello che dice la donna; dopo circa un mese dal secondo parto ebbe una eruzione di orticaria per tutto il corpo, della durata di poche ore.

Circa cinque anni fa la donna avvertì dei dolori intermittenti ai lombi ed alla regione soprapubica, e specialmente nella fossa iliaca sinistra. Nello stesso tempo sentiva un senso doloroso e gravativo ai genitali, donde cominciò a colare poco liquido sanguinolento.

Questi disturbi durarono fino a poco tempo fa; l'anno scorso però la donna si accorse che il suo ventre andava lentamente aumentando di volume. Il 13 Luglio 1894, senza alcuna causa, viene colta da vivissimi dolori, collasso, tensioni delle pareti addominali, insomma da tutta la sindrome fenomenica dello strozzamento per rotazione del tumore, ciò che fu diagnosticato dal prof. Chiarleoni. Il periodo acuto cessava pochi giorni dopo, rimanendo però sempre una squisita dolorabilità all'addome, alla quale si deve, se la malata si decise a sottoporsi all'operazione.

Stato generale della donna soddisfacente, organi toracici normali.

Addome. Sviluppato come in una gravidanza a 6 mesi; pareti addominali spesse e cedevoli per ovunque, ma sotto la pressione la paziente sente vivissimo dolore. Nella regione sottombellicale, in posizione pressochè centrale, si palpa un tumore nettamente fluttuante a contorno regolare e con pareti sottili, leggermente mobile e senza alcuna aderenza col peritoneo parietale; i movimenti sono molti dolorosi.

Per vagina si trova l'utero in condizioni normali, portato alquanto in avanti e a destra col suo fondo; con una certa fatica si riesce, a sinistra e posteriormente, a raggiungere il polo inferiore della massa suddetta.

Diagnosi. Cisti uniloculare dell'ovaio sinistro con attorcigliamento del peduncolo.

Laparotomia 18 Luglio 94. Aperta nel modo solito la cavità addominale, si cade subito sul grande epiploon, che riveste la cisti in tota-

lità; si staccano colla mano a coltello tutte le aderenze e si sguscia la cisti della cavità, colla semplice pressione ai lati ed in basso delle pareti addominali. Alla base della cisti l'epiploon per alcune zolle è aderente più strettamente che in altri punti, al peduncolo che maschera; però si può coll'unghia distaccare ed allora il peduncolo appare attorcigliato.

La cisti, del volume di una testa di feto a termine, aveva ruotato sul suo peduncolo e precisamente aveva compiuto due giri e mezzo, girando da destra a sinistra e dall'avanti allo indietro.

Si svolgono le torsioni, si trafigge il peduncolo con un ago Deschamps a filo doppio, lo si lega col nodo di Bantock e si asporta la cisti.

La grossezza del peduncolo nel punto strozzato non supera quella d'una penna d'oca. Toilette peritoneale asciutta e sutura delle pareti addominali al solito.

La cisti presentava la superficie liscia e levigata di colore rosso oscuro, meno inferiormente, vicino all'impianto del peduncolo, dove si scorgono le tracce delle aderenze; in questo punto vi è un rigonfiamento come una noce, fatto da sangue coagulato; di tessuto ovarico si scorge soltanto un piccolo tratto sulla superficie interna della parete cistica. La cisti pesava 1040 grammi; essa conteneva grammi 930 di un liquido siero-ematico, di colorito caffeico. Nella parte più alta della cisti, la parete era ridotta ad una sottigliezza estrema. La superficie interna è anche liscia, di colorito rossastro.

L'andamento post-operatorio fu regolare; soltanto poche ore dopo l'operazione avvenne una esplosione di orticaria, che durò appena qualche giorno (1).

Caso V.

P. L., d'anni 26, maritata. Niente degno di nota nel gentilizio. Essa ha goduto sempre buona salute. Mestruò regolarmente a 16 anni e regolari in tutto si succedettero le mestruazioni. Sposò all'età di 20 anni e dopo tre anni di matrimonio ebbe una gravidanza semplice a termine con parto normale.

Subito dopo il parto ebbe dolori molto accentuati a sede vagante, all'arto inferiore sinistro, regione lombare e addome. In questo il dolore continuò ora più ora meno intenso fino all'ingresso della donna in Clinica. Qualche mese addietro al dolore si fece compagna la febbre ed il volume dell'addome nonchè la tensione delle sue pareti pare sia andata crescendo, tanto che dopo breve tempo è stata costretta a ri-

---

(1) La complicanza dell'orticaria in questo caso è stata diffusamente trattata dal dottor Pennino in una nota intitolata: « Un caso di orticaria, complicante il decorso post-operatorio di una ovariotomia. » *Riforma Medica*, N. 210, Settembre 1894.

manere a letto. Epitemi caldi, sanguisugi locali ed altri mezzi usati internamente a nulla valsero a migliorare le sorti dell'ammalata, la quale decise di ricorrere al nostro Istituto dove entrava il 27 Gennaio 1896.

Esame obbiettivo. Stato generale deperito; sviluppo scheletrico fisiologico, pannicolo adiposo scarso; muscoli tonici, nutriti; mucose visibili scolorate; colorito generale della pelle, pallido. Temp. 38° 5, P. 120, R. 24. Organi toracici sani.

Addome. Di forma conoide a base in basso ed apice in avanti, corrispondente questo un po' a destra della cicatrice ombellicale, del volume di una gravidanza a otto mesi; il massimo sviluppo è a destra della linea mediana, la quale è fortemente pigmentata; i limiti della intumescenza ai lati ed in basso sono indistinti; sotto gli atti respiratori il ventre si solleva in massa.

Colla palpazione superficiale e profonda non si riscontrano irregolarità e durezze; si ha invece il senso di una elasticità chiara e di una massa liquida sottostante, facilmente rilevabile anche colla fluttuazione. Imprimendo dei movimenti a tutta la massa, pare che le pareti addominali facciano corpo con la intumescenza.

Colla percussione si determina in alto una linea di ottusità curva, a convessità superiore a livello della zona sopraombellicale media, e che decorrendo sempre in linea arcuata a destra va a confondersi colla ottusità del fegato, a sinistra arriva fino alla linea mamillare, al di là della quale si ha risonanza intestinale. Nelle fosse iliache si ha completa ottusità; infossando le mani in queste regioni si incontra una resistenza d'ambo i lati; lo stomaco e gli intestini sono ricacciati in alto ed a sinistra.

Genitali. Esterni da multipara, sani; vagina ampia; fornice laterale destro ed anteriore appianato; fornice laterale sinistro stirato in alto. Il pavimento pelvico a destra è molto più spesso che a sinistra; il fornice posteriore è sgombro. Portio di grandezza normale rivolta in dietro e a sinistra. Corpo dell'utero di volume e consistenza normali, spostato a destra ed in avanti contro l'arcata pubica, poco mobile, indolente; attraverso i fornici non si rilevano corpi o masse dure, ma si ha un senso di elasticità e di liquido spostabile.

Diagnosi (di probabilità). Cistoma ovarico sinistro.

Terapia. Ovariotomia sinistra il 29 Gennaio 1896. Aperta nel modo consueto la cavità addominale, si cade su di un tumore cistico unito con lasse aderenze alle pareti addominali ed allo epiploon. Con il solo aiuto della mano queste aderenze vengono facilmente staccate e così pure delle altre che si trovavano posteriormente ed in basso fra la cisti e la parete pelvica.

Dopo avere così liberata per ogni dove la cisti dai suoi attacchi con la vicinanza, si cerca di farla uscire in totalità dalla breccia addominale. Ma durante questa manovra la sua parete si lacera sulla faccia

antero-superiore facendo uscire circa 4 litri di liquido giallo-oscuro leggermente tinto di sangue. Si estrae quindi la parete cistica e quando si passa all'isolamento del peduncolo, si trova questo attorcigliato per due interi giri da sinistra a destra e dallo avanti all'indietro. Il peduncolo stesso, formato dal legamento utero-ovarico molto ingrossato e dalla tromba sinistra poco più grossa del normale, era lungo 15 cm. e piuttosto grosso ed in nessun punto mostrava un netto strozzamento. Si detorce il peduncolo e perforatolo con un ago di Deschamps lo si allaccia con doppio nodo e lo si recide a un cm. al di sopra della legatura. Toilette peritoneale asciutta e sutura delle pareti addominali in massa.

Esame del tumore. La cisti vuotata dal liquido pesa grammi 400. La sua superficie esterna nel suo terzo superiore mostrasi di colorito giallo-sporco e per tutto il resto è fortemente cianotica con larghi stravasi sanguigni; internamente il colorito corrisponde a quello esterno; la porzione inferiore della parete interna è ricoperta da fibrina a larghi fiocchi. Il terzo inferiore del tumore è composto da una massa solida a superficie molto ineguale, che incisa in vari sensi risulta essere formata da quattro loculazioni cistiche a contenuto liquido e colloide ed una a contenuto sebaceo frammisto a scarsi e corti peli biondi.

Il tratto di tromba asportato col tumore è lungo circa 6 cm. e della grossezza di un indice. Il suo padiglione è rigonfio e pavonazzo. Sezionata longitudinalmente vedesi la mucosa con piccoli e numerosi stravasi sanguigni; l'estremo interno di questo tratto di tromba è impervio.

Diagnosi post-operatoria. Cisti ovarica sinistra complessa (da ritenzione colloide-dermoide) con attorcigliamento del peduncolo; peritonite parietale ed epiploite adesiva. L'andamento post-operatorio fu dei più normali; in 12.ª giornata la donna abbandona la Clinica.

Si noti che sin dal primo giorno della operazione la temperatura ed il polso ripresero il loro andamento normale.

Il giorno 10 Settembre 96 questa donna presentavasi al nostro ambulatorio in ottime condizioni di salute e gravida al quinto mese. La gravidanza non le arrecava alcun disturbo nè locale nè generale.

Caso VI.

M. R. d'anni 44, casalinga, maritata. Niente di anormale in riguardo al gentilizio; essa ha goduto sempre ottima salute; ebbe la prima mestruazione a 14 anni, regolare; così furono regolari le mestruazioni anche in seguito. Sposò a 20 anni ed ebbe dodici gravidanze semplici a termine con parti e puerperi regolari; l'ultima gestazione rimonta a cinque anni addietro.

Sin dal principio dello scorso Aprile vide aumentare lentamente il suo addome, sì che per un momento si credette gravida. Nel Luglio

u. s. senza causa apprezzabile mentre accudiva alle sue faccende, fu assalita da un dolore acuto, lancinante continuo al fianco sinistro; dolore che la obbligò a mettersi a letto; dopo alquanti giorni esso cessò e la donna potè riprendere la sua solita vita. Il volume del ventre andava sempre crescendo, ma non sa precisare se dopo il dolore questo aumento sia stato repentino o lento. Verso la metà di Ottobre, durante il sonno, fu di nuovo assalita da un dolore acuto, lancinante, più intenso della prima volta, al fianco sinistro; questa volta la durata dell'accesso fu soltanto di una notte; le rimase però una vaga sensazione di dolore, il quale si accentua ad ogni movimento. A dire della donna, da verso la fine di Ottobre a questa parte l'addome è andato crescendo rapidamente. Le mestruazioni si sono mantenute sempre normali.

Stato attuale. Costituzione scheletrica regolare ed ordinaria; nutrizione scaduta; colorito generale della pelle e delle mucose visibili pallido; aspetto molto sofferente. La donna entra apiretica, nè in Clinica ebbe mai febbre; però pochi giorni prima del suo ingresso, essendo stata per alquanto tempo ricoverata all'Ospedale Civico, qui ebbe qualche innalzamento di temperatura (38° circa).

Organi toracici, milza, fegato normali; questo ultimo un po' spinto in alto. L'addome ha il volume di una gravidanza a termine; di forma regolarmente globosa; la metà destra è un po' più sporgente della sinistra. Cicatrice ombellicale appianata; pareti ventrali straordinariamente tesi.

Stante la tensione delle pareti ventrali, non si può bene delimitare colla palpazione il bordo superiore della massa morbosa; si percepisce una resistenza elastica e netta la fluttuazione. Colla percussione si limita un' area di ottusità che ha per limite la zona sopraombellicale superiore e che discende verso i fianchi descrivendo una linea curva a convessità superiore; tanto all' epigastrio che ai fianchi vi ha risonanza timpanica, che si mantiene anche mettendo la donna su uno o sull'altro fianco; la percussione sulle regioni lombo-renali dà ottusità relativa a sinistra, risuonanza timpanica a destra. Ascoltazione negativa.

Vagina ampia; mucosa tumida; portio rivolta in dietro; corpo un po' più grosso del normale, spinto in avanti e a destra; fornice sinistro appianato.

Diagnosi. Cisti ovarica uniloculare sinistra con rotazione assiale e conseguente strozzamento del peduncolo.

Terapia. Ovariotomia sinistra il 14 Nov. 1896. Aperta la cavità addominale, donde escono circa 200 grammi di liquido siero-ematico, la cisti, con parete fortemente cianotica viene aperta in sito, ed estratta dopo la fuoriuscita di vari litri di liquido caffeico. La diagnosi di attorcigliamento del peduncolo viene confermata ed il grado di rotazione viene dato dalla tromba, la quale per un tratto faceva parte del peduncolo, per l' altro decorreva sulla parete cistica, da sinistra verso

destra, e dallo avanti allo indietro, in modo che il padiglione della medesima trovavasi a destra e sulla faccia posteriore della cisti. Donde si potè facilmente dedurre come questa avesse ruotato per un'intiero giro da sinistra a destra e dall'avanti all'indietro. Il peduncolo formato dal legamento largo, dalla tromba, dal legamento utero-ovarico e tubo-ovarico era della grossezza di un grosso pollice e mostrava lo strozzamento a qualche centimetro appena dallo impianto del tumore.

Svolta la torsione, il peduncolo viene trafitto con un ago Deschamps ed allacciato con doppia legatura in seta. Allontanata la cisti ed affondato il peduncolo si fa la pulitura del peritoneo con batuffoli asciutti e quindi si chiude la cavità addominale suturando le pareti in massa.

Il decorso post-operatorio è stato tipicamente normale. La donna esce in 16.ª giornata perfettamente guarita.

La cisti, svuotata dal liquido, pesava gram. 1150; le sue pareti, infiltrate di siero e fortemente cianotiche, hanno uno spessore di circa 1 cm. Corrispondentemente all'impianto del peduncolo, nello interno della cisti si trova una massa della grossezza di un pugno composta di numerose piccole cisti.

Caso VII.

A. C., d'anni 40, maritata. Mestruata regolarmente a 15 anni, stette sempre bene e le mestruazioni furono sempre regolari. Andò a marito a 32 anni. Rimase subito incinta e la gravidanza, il parto ed il puerperio decorsero fisiologicamente. Dopo sette anni di buona salute rimase nuovamente incinta ed anche questa volta decorse tutto senza inconveniente alcuno.

Solo durante questa seconda gravidanza (un anno addietro) la donna si accorse che il volume del ventre era sproporzionatamente sviluppato. Dopo il parto (10 Agosto 1896), il volume del ventre rimase considerevole, ciò che le impediva di accudire al suo mestiere (pastaia).

Fino all'Ottobre u. s. la donna non ebbe alcun disturbo, quando a quest'epoca, senza causa apprezzabile veniva colpita da fenomeni addominali acuti a carico della cavità, accompagnati da febbre, dolori acuti, cefalea, vomito; contemporaneamente il volume del ventre era aumentato. Dopo due mesi di sofferenze i disturbi scomparvero rimanendo solo un senso di peso all'addome e di debolezza agli arti inferiori. Anche l'addome diminuì alquanto di volume.

Esame fisico. Donna molto dimagrata specialmente al collo, torace e braccia. Organi respiratori e circolatori normali. Fegato e milza di grandezza normale, ma spostati un po' in alto dalle masse intestinali raccolte nell'epigastrio e negli ipocondri.

Ventre globoso, leggermente pendulo, regolare nella superficie. Linea xifo-pubica 47 cm., linea pubo-ombellicale 15; circonferenza ad-

dominale massima cm. 100, dall'ombellico alla Sp. I. A. S. destra cm. 21, a sinistra 22.

Colla percussione si delimita un'aia di ottusità corrispondente alla detta tumefazione del ventre, in modo da avere suono timpanico nelle regioni ipogastriche, ipocondriche e coliche, risonanza che si mantiene tale anche facendo decombere l'inferma sull'uno o sull'altro fianco.

Alla palpazione vi ha consistenza elastica da per tutto eguale ed ovunque chiarissima la fluttuazione. La massa si sposta insieme alle pareti addominali, anche sotto i movimenti respiratori.

Utero piccolo, spinto contro l'arco pelvico anteriore e sollevato in alto. Fornice posteriore molto concavo; il destro appianato; gli altri normali. Non si arriva a sentire alcun peduncolo. I movimenti impressi sulla massa addominale non si comunicano all'utero.

Diagnosi. Cisti uniloculare sinistra con torsione del peduncolo,

Con una puntura esploratrice si estrasse del liquido caffeico che confermò la diagnosi.

Terapia. Ovariotomia sinistra, 5 Dicembre 1896. Aperta la cavità addominale, con la mano introdottavi si staccano numerose aderenze che la cisti aveva contratto coll'epiploon e col peritoneo viscerale sulla sua superficie superiore e posteriore, dopo di che si apre la cisti in sito dando così esito a circa 5 litri di liquido caffeico. Estratta la cisti la si trova ruotata sul proprio peduncolo per due giri interi, dall'avanti all'indietro e da sinistra a destra, cioè dall'esterno verso l'interno. Il peduncolo formato dal legamento largo, dalla tromba, dal ligamento utero-ovarico, non era strozzato completamente ma aveva i suoi vasi molto rigonfi.

Legato il peduncolo si asporta la cisti e si chiude la cavità con una sutura in massa. L'andamento post-operatorio è stato dei più normali; da donna abbandonava la Clinica in 14.ª giornata dall'operazione.

La cisti sulla sua superficie esterna, anteriormente è liscia e lucente, mentre per tutto il resto della superficie è coperta da fibrina stratificata, che in un punto ha assunto la struttura di fitta aderenza organizzata (coll'intestino),

Inferiormente dal punto d'inserzione del peduncolo corre orizzontalmente a destra ed allo esterno la metà esterna della tromba, della grossezza di una penna d'oca lunga cm. 5 e mezzo. L'impianto del peduncolo è lungo cm. 7 e largo cm. 1 e mezzo. Lo spessore della parete cistica è di 2 mm. all'incirca da per tutto; solo in corrispondenza del punto d'impianto del peduncolo la parete è dello spessore di circa mezzo cm. La superficie interna, molto anfrattuosa è ricoperta da fibrina stratificata. Il liquido estratto pesava gr. 8,800 e la parete cistica gr. 375.

(Continua).

Prof. L. M. BOSSI

DIRETTORE DELLA R. SCUOLA OSTETRICA DI NOVARA

SULLA TECNICA DELL'ISTERECTOMIA VAGINALE

COMUNICAZ. AL CONGRESSO INTERNAZ. DI OSTETRICIA E GINEC. IN GINEVRA

Signori,

L'interessantissimo argomento delle suppurazioni pelviche, che a sì viva discussione diede già luogo nelle precedenti Sedute di questo Congresso, non può disgiungersi dall'altro della tecnica dell'isterectomia vaginale, pur seguendo, nei limiti del possibile, i principii della conservazione dell'organo. Ritenendo che molto possa la tecnica seguita per rapporto agli esiti dell'isterectomia in particolar modo per tale indicazione, sono quindi incoraggiato ad esporre poche note sul metodo ch'io ora seguo, sia nei casi di suppurazioni pelviche, sia per altre forme, quali i fibromi, i carcinomi, ecc.

I due metodi fondamentali, che si contendono il primato nell'isterectomia vaginale sono quello della forcipressura e delle legature. E sonvi così ginecologi, che abitualmente, e, direi, anche unicamente, usano la forcipressura avendo bandito ogni legatura, ed altri invece, che abitualmente usano le legature, avendo quasi scrupolo di lasciare una pinza Klemmer in posto.

Così, nel mentre in Francia è in uso presso quasi tutti i ginecologi e chirurghi il metodo Péan o della forcipressura, in Germania è data la preferenza dalla gran maggioranza degli operatori al metodo delle legature. Infatti Segond, Richelot, Terrier, Pozzi, Lutaud, Foscher, Ergot, ecc. operano esclusivamente colla forcipressura. All'incontro Asch, Bode, Czerny, Everke, von Erlach, Guenther, Kötschau, Leopold, A. Martin, Meinert, Hermann, Schauta, Thorn, Werth operano esclusivamente col metodo delle legature. Ed il Baumm, il Bumm, l'Hofmeier, il Küstner, il Prochownich, il Rosthorn, il Wehmer, che impiegano or l'uno or l'altro metodo, non seguono nello stesso caso il metodo misto.

Due caratteristiche perciò a tale riguardo dominano:

a) La prima è quella a cui accennai, che cioè altri sono esclusivisti per la forcipressura, altri per le legature.

b) La seconda si è, che anche fra coloro i quali non sono esclusivisti nè dell'una nè delle altre, non si è fatto strada il concetto che negli stessi casi talora convenga adottare entrambi i mezzi con grande vantaggio.

Io ritengo, che non sia opportuno il seguire esclusivamente o l'uno o l'altro metodo, ma che clinicamente ci si offrano ad ogni istante casi in cui è utile l'uno, e casi in cui è utile l'altro, e casi infine in cui convenga associarli. Il che d'altronde appare essere razionale anco da una considerazione assai semplice: se un dibattito esiste fra i due metodi, e nel numero dei sostenitori così dell'uno che dell'altro sonvi valorosi e benemeriti operatori, è a ritenersi che vi esistano vantaggi, sia per l'uno che per l'altro, e tutta la questione dovrebbe perciò ridursi a riconoscere in quali casi sono maggiori per l'uno ed in quali per l'altro.

E si manifesta allora pure chiaro il pensare come in alcuni casi si presentino circostanze in cui convenga trar profitto e degli uni e degli altri. Ed è questo il concetto a cui certo si giungerà quando, esaurito il ciclo di esagerazioni che per tutte le cose nuove si compie, l'esperienza condurrà a seguire la giusta via di mezzo.

Una terza caratteristica poi esiste pure per la metodica dell'isterectomia vaginale presso quasi tutti gli operatori, l'uso cioè dei divulsori vaginali. Nè si giunse finora a pensare come una delle difficoltà contro cui gli operatori per via vaginale e gli ideatori di modificazioni lottarono e lottano in particolar modo, si è la ristrettezza del campo operativo (fu tale difficoltà che suggerì a Doyen la incisione mediana dell'utero senza emostasi preventiva, a Müller la divisione mediana, e così anche il *morcellement* strenuamente sostenuto da Segond, Péan, Richelot, ecc.), e che i divulsori vaginali, pur distendendo alquanto più delle dita le pareti, occupano però uno spazio utile sia in larghezza sia in lunghezza, rendendo più difficile alle dita operatrici di tener dietro ai tessuti, che si vanno incidendo.

Ed io penso che, sia per risparmio di spazio, sia per poter mettere in azione la percezione tattile delle dita e quindi una forza intelligente, convenga a queste dare la preferenza. Su tali concetti è basata la tecnica che attualmente seguo e che brevemente espongo.

Ho cura anzitutto di predisporre l'intestino della paziente colla somministrazione per due mattine di seguito a digiuno di un litro di acqua calda con scioltavi una polvere dello Ziemssen. (Bicarbonato di soda gr. due, solfato di soda gr. sei, cloruro di sodio centrigr. quaranta — mesci fa una dose). È constatato che con tale mezzo le operate provano meno assai quel senso di sete, di arsura, che costituisce uno dei più noiosi disturbi post-operativi.

Ben preparato il tutto, e disposta l'ammalata nella solita posizione, sulla guida del dito afferro con una pinza tirapalle il labbro anteriore del collo, lo stiro in basso e ne cauterizzo l'orificio esterno ed il canale cervicale col termocauterio. Fisso poi il collo saldamente con una pinza a denti, lo stiro all'infuori il più che è possibile e di poi incido circolarmente le inserzioni della vagina su di esso. Tutto ciò senza l'uso d'alcun divaricatore, occupandosi i due assistenti, che stanno ai lati, di scostare, quando occorre, or l'una or l'altra parte dei genitali esterni. E, sempre senza applicazione di divaricatori, distacco colle dita la mucosa vaginale, giungendo fino in corrispondenza dell'istmo dell'utero, avendo riguardo di scollare la vescica e di portarmi sui fondi di sacco retto-vaginale e vescico-vaginale. Giunto a questo punto apro soventi il fondo di sacco peritoneale posteriore ed introduco un dito esploratore onde accertarmi della diagnosi, seguendo in ciò il concetto del Doyen.

Con un ago Deschamp poi discretamente curvo e ottuso, e sempre sulla sola guida delle dita, pongo da entrambi i lati un laccio di seta robusta comprendendo tutta la parte scoperta e mantenendomi il più all'esterno possibile. Incido allora le inserzioni sull'utero, già comprese nelle legature e per tal modo il collo discende in basso di qualche centimetro in più. Evidentemente in tali legature ho allora compreso l'arteria uterina ed i rami di essa, e, senza altre legature, tolgo le pinze che eventualmente avessi dovuto porre nell'incisione delle pareti vaginali. Apro in seguito, quando non lo fu ancora, sia dilacerando colle dita, sia incidendo, il peritoneo posteriormente (se vi hanno posteriormente eccessive aderenze, incido prima la parete anteriore), ed introduco un dito esploratore nel cavo peritoneale onde farmi un concetto più sicuro delle condizioni dell'utero e degli annessi, nonchè della distribuzione delle lesioni.

Incido anche il peritoneo anteriormente e, sulla guida delle dita, che, per non aver l'imbarazzo dei divaricatori, posso spingere molto in

alto, pongo, a mezzo dell'ago Deschamp, un altro laccio da ciascun lato, laccio che comprende o tutti gli annessi se non sono troppo voluminosi a causa delle lesioni, ed in questo caso il Deschamp, sulla guida del dito, scavalca, dirò, il margine superiore libero dei legamenti larghi, in caso diverso comprenderà solo in parte gli annessi. Incido di nuovo fra l'utero e le legature portandomi più o meno in alto, a seconda che più o meno in alto furono portate le legature, non mai però completamente. Se qui è possibile, e lo è generalmente quando non vi siano neoplasmi alquanto voluminosi, abbasso il fondo dell'utero o posteriormente o anteriormente a seconda delle condizioni anatomiche che si presentano.

Abbassato il fondo dell'utero, senza però lasciar rientrare il collo, sulla guida del dito mi è possibile portare un laccio al di là dell'ovaio e della tromba di un lato, legato il quale libero da un lato l'utero. Un altro laccio pongo allora al di là dell'ovaio e della tromba dell'altro lato, e incido anche quivi, ed esporto così completamente utero e annessi.

Non potendo abbassare il fondo, o riescendo ciò troppo laborioso, aggiungo dal lato più libero un'altra legatura come di sicurezza ed incido poi da tale lato tutti gli annessi, con che mi riesce facile abbassare il corno dell'utero libero.

Pratico un'attenta toilette del cavo peritoneale e del fondo vaginale, annodo in un fascio solo i capi delle legature a destra ed in alto, egualmente per i capi delle legature a sinistra, lasciandone per la lunghezza di cinque o sei centimetri, li faccio tenere leggermente tesi in basso dagli assistenti, onde non vengano spinti nel cavo peritoneale, zaffo il fondo vaginale con una lista di garza sterilizzata, portandone un tratto nel cavo peritoneale, spingo in vagina i due capi annodati delle legature e faccio così porre la paziente a letto.

Essendo incerto dell'emostasi non ricorro più alle legature, ma pongo delle pinze che poi lascio in posto per 48 ore. Talora, ma raramente, quando nessun timore assolutamente tengo della presenza di elementi infettivi pongo, come lessi usare Jacobs, un punto di sutura nel mezzo, che riunisca peritoneo e colonna vaginale anteriore col peritoneo e colonna vaginale posteriore, ma ciò, ripeto, raramente.

Tale la tecnica abituale, che nei casi semplici permette di eseguire l'isterectomia in meno di 20 minuti. Evidentemente l'indole e la disposizione delle lesioni porta a delle varianti e cioè:

1.° Se esistono aderenze più o meno notevoli e che fissino più

o meno l'utero, pongo un numero di legature maggiori, conquistandomi perciò prudentemente il campo con maggiore lentezza.

2.° Se le trombe e le ovaia sono aderenti per precessi fatti infiammatorii procedo alla ablazione di essi dopo tolto l'utero, epperciò quando il campo operativo è più libero.

3.° Se l'utero è molto voluminoso per la presenza dei neoplasmi, lo incido sulla sua parte media, e ne faccio l'estrazione per *morcellement.*

4.° Se per l'indole delle lesioni e per la loro disposizione i tessuti sono friabili, irregolarmente vascolarizzati, od offrono poca sicurezza e facilità alle legature, pur iniziando e continuando l'isolamento dell'organo colle legature, pongo poi delle pinze Klemmer, che lascio in posto in uno alle legature, mettendo il solito zaffo di garza.

In generale spargo sulla porzione media dello zaffo una miscela a parti eguali di salolo, jodolo e magistero di bismuto. Il zaffo viene tolto tre o quattro gioni dopo, le pinze vengono tolte 48 ore dopo; volendo allora iniziare le lavature vaginali prescrivo che per i primi tre giorni: *a*) si usi acqua bollita con acido borico al 3 0[0, — *b*) si metta la paziente col dorso molto rialzato, — *c*) si introduca per breve tratto la cannula vaginale colle dita divaricando i genitali esterni, onde facilitare la fuoriuscita del liquido.

Concludendo dunque soggiungerò essere le basi della tecnica ch'io seguo: 1.° Nessun uso di divaricatori, il che significa operare affidandomi completamente alle dita esploratrici, che, per non essere inciampate dalle valve divaricatrici, posso liberamente spingere in alto onde percepire lo spessore e la distensione dei tessuti, la quantità che se ne può abbracciare con ciascuna legatura, la resistenza loro, ed i rapporti coi visceri vicini specialmente quando sonvi aderenze.

Sarà questione di esercizio, ma l'impressione mia si è, che in questo atto operativo la fiducia nel senso del tatto debba essere superiore a quella che si può avere nel senso della vista. Su un considerevole numero di interventi infatti non ebbi a lamentare alcuna lesione, nè della vescica nè dell'intestino. Solo necessiteranno i divulsori quando siavi emorragia e si debba rintracciarne la provenienza.

2.° Di regola preferisco legare avanti incidere invece che porre le pinze, incidere e poi legare, giacchè con tale sistema ho più libero il campo operativo e sono più sicuro della solidità e della estensione delle legature.

3.° Di regola, se il caso è semplice, non lascio pinze in posto e ciò per evitare sia i disturbi, sia gli inconvenienti (emorragie consecutive, lesioni dell'intestino, pericolo d'infezione per i peduncoli in necrosi, eccessiva apertura e distensione della cavità addominale), che a tale pratica conseguono.

4.° Nei casi complicati seguo il metodo misto, cioè delle legature e della forcipressura; sempre però inizio l'operazione e mi conquisto perciò un buon spazio operativo colle legature, evitando così di trovarmi avanti aver finito l'atto operativo con 15 ed anco 25 (come ebbi io stesso a vedere) pinze in posto. Ricordo di aver contato presso un ginecologo estero molto in fama, dopo finita l'ablazione d'un utero che portava sul fondo un fibroma grosso non più di un piccolo mandarino, 26 pinze Klemmer in posto e che evidentemente dovevano rimanere in vagina 48 ore. Nè parlo dei casi in cui ne vidi lasciati in posto 18, 15, 14, 12. Il *maximum* ch'io lasciai in posto anche in casi complicatissimi si fu di sette. Notisi che nella mia statistica conto fatti svariatissimi, e cioè fibromi multipli e voluminosi, salpingiti purulente bilaterali, aderenze notevoli all'intestino retto ed alla vescica.

5.° Di regola tendo a lasciare una larga breccia aperta, e cioè rifuggo dalla sutura del peritoneo e delle colonne vaginali, che riduco al più ad uno o due punti sulla parte media. Ritengo che le garanzie per l'operata siano seguendo tale pratica maggiori.

6.° Uso, ma non abuso, del *morcellement*, il quale evidentemente espone a lesioni dei visceri circostanti, nonchè ad emorragie non sempre frenabili. Non avendo lo spazio occupato ed intralciato dai divulsori vaginali, mi è dato estrarre coll'utero dei grossi pezzi di tumori quali certo con altro metodo riuscirebbe impossibile.

Nello scorso Ottobre, ad esempio, presenti i dott. Garampozzi, Marchesi, Marchisio e Ravasio, nella Clinica di Novara mi fu dato in una paziente estrarre, per via vaginale, intero un pezzo anatomico del peso di grammi 700 e così costituito: utero, le ovaja, nove fibromi sottomucosi, intramurali, sottosierosi e intralegamentosi, presentante le seguenti dimensioni: diametro trasverso massimo 16 cent.; diametro longitudinale massimo 19 cent.; diametro obliquo massimo 17 cent. Ed è a notarsi, che questo ammasso di tumori aveva notevoli aderenze a tutti i tessuti circostanti, tantochè se si fosse proceduto colle incisioni se ne sarebbero forse lasciati alcuni in posto non solo, ma

reso affatto irregolare il campo operativo, si sarebbero facilmente lesi sia l'intestino sia la vescica.

L'esito invece fu per l'ammalata felicissimo. Si possono così ritenere quali caratteristiche del metodo ch'io seguo nell'isterectomia vaginale:

a) Di iniziare sempre l'atto operativo colle legature onde non imbarazzare il campo da bel principio con pinze, associando poi, solo se le condizioni anatomiche del caso lo richieggono, i due metodi delle legature e della forcipressura.

b) Nessun uso di divulsori vaginali (all'infuori dei casi di emorragie lungo l'atto operativo o dopo), sostituendo ad essi le dita degli assistenti, e lasciando la massima libertà d'azione alle dita dell'operatore.

c) Limitata a pochi casi e a uno o due punti la chiusura del peritoneo e del fondo vaginale.

d) Limitato uso del *morcellement* in modo da non perdere di vista (o meglio di tatto) la continuità e l'orientazione dei neoplasmi.

Inutile, credo, il soggiungere come con tale sistema operativo la isterectomia vaginale è ridotta alla massima sua semplicità, facile ad eseguirsi anche a domicilio ed in ambienti poco felici.

Già il 30 Novembre 1895 in una mia comunicazione *(operazioni laparotomiche per via addominale e operazioni laparotomiche per via vaginale, esiti di 150 laparotomie)*, ebbi a riferire su 44 isterectomie eseguite tutte con esito felice nella Clinica di Novara, nella privata Clinica di S. Fruttuoso a Genova e nella pratica privata per le seguenti indicazioni:

a) per carcinoma N. 28,

b) per sarcoma N. 2,

c) per fibromiomi N. 6,

d) per lesioni suppurative degli annessi N. 7,

e) per prolasso totale dell'utero N. 1.

In tali casi però il sistema operativo seguito fu vario; si è da tale epoca e cioè dal Novembre 1895 che mi attenni sempre alle sopra esposte regole, ed in aggiunta però ai detti 44 casi, credo opportuno qui dare in succinto, un rendiconto dei casi operati da tale mese ad oggi e cioè all'incirca nel periodo di un anno. (La pubblicazione della presente memoria essendosi ritardata potei aggiungere i casi operati a tutto il 30 Novembre 1896).

ISTERECTOMIE VAGINALI OPERATE COL SOPRADESCRITTO METODO DAL NOVEMBRE 1895 AL NOVEMBRE 1896

NUMERO	NOME COGNOME PATRIA	ETÀ	DIAGNOSI	GIORNO E LUOGO DELL'OPERAZIONE	DURATA DELL'OPERAZIONE	ESITO	OSSERVAZIONI
1	Herr. E., di Rio Janeiro.	42	Salpingovarite purulenta bilaterale, fibroma del fondo dell'utero.	17 Novembre 1895. Privata Clinica ginecologica di S. Fruttuoso. Genova.	Tre quarti d'ora	Felice, licenziata il 14 Dic. 1895.	Subì anteriormente oltre a varie cure, tre atti operativi conservatori. Esistevano gravi aderenze specialmente alla vescica.
2	Pith. L., di Genova.	58	Carcinoma del collo.	Febbraio 1896. Idem.	20 minuti.	Felice, licenziata il 6 Marzo.	—
3	Madd. L.	26	Sarcoma della cavità (?)	18 Marzo 1896. Id., licenziata l'8 Aprile 1896.	Non misurato precisamente ma meno di mezz'ora.	Felice, visitata l'ultima volta il 19 Nov. 1896 e trovata in ottime condizioni.	Dall'epoca dello sviluppo e cioè dall'età di 14 anni ebbe continuamente perdita sanguigna dai genitali. Subì tre raschiamenti dell'endometrio inutilmente.
4	Gorg. M., di Genova.	51	Fibromi multipli intramurali ed intralegamentosi.	18 Marzo 1896. Id.,	35 minuti.	Felice, licenziata il 19 Aprile.	Eseguii la divisione dell'utero previe legature, ma estrassi intero il pezzo anatomico (utero, tumori e ovaia del peso di gr. 1650).
5	Fouh. Mar., di Mondovì.	41	Fibroma intramurale, endometrite cronica, gravi aderenze da pregressi fatti infiammatorii ai parametrici.	25 Marzo 1896. Id.,	40 minuti.	Felice, licenziata il 26 Apeile.	La paziente trovavasi seriamente sofferente da 11 anni.
6	Franc. Nic., di Genova.	43	Grosso fibroma della parete posteriore dell'utero, libero.	19 Aprile 1896. Id.,	Meno di tre quarti d'ora.	Felice.	Utero e tumore vennero estratti interi con una semplice incisione mediana del primo, peso totale gr. 950.
7	Ferr. Mad., di Bordighera.	33	Carcinoma del collo, essudati retrouterini.	21 Aprile 1896. Id.,	Meno di tre quarti d'ora.	Felice, licenziata il 18 Maggio.	—

Numero	Nome cognome patria	Età	Diagnosi	Giorno e luogo dell'operazione	Durata dell'operazione	Esito	Osservazioni
8	Sev. T., di Bordighera.	31	Fibroma intramurale e tumore cistico intralegamentoso di destra.	29 Aprile 1896. Privata Clinica ginec. di S. Fruttuoso. Genova.	Meno di tre quarti d'ora.	Felice, licenziata il 25 Novembre.	—
9	Ted. E., di Genova.	37	Endometrite emorragica di indole sospetta, da sette anni metrorragie incurabili.	29 Aprile 1896. Id.	Mezz'ora.	Felice, licenziata il 18 Maggio.	Aperti i fornici e stirato in basso l'utero non riscontrai annessi. (Presentato il pezzo alla R. Accademia Medica di Genova il 13 Luglio 1896). V. *Annali d'Ost. e Ginec.*, Settembre 1896).
10	Greg. M., di Mondovì.	32	Sarcoma della cavità, metrite parenchimatosa, degenerazione cistica delle ovaia.	2 Maggio 1896. Id.	28 minuti	Felice, licenziata il 31 Maggio.	Gravissimi squilibrii nervosi affliggevano pure la paziente.
11	Barb. G.. di Genova.	37	Salpingite purulenta sinistra, cisti dermoide dell'ovaio di destra.	2 Maggio 1896. Id.	Tre quarti d'ora.	Felice.	—
12	Ar. E., di San Martino di Albaro.	36	Epitelioma del collo, imponente anemia.	9 Maggio 1896. Id.	27 minuti.	Felice, licenziata il 6 Giugno.	—
13	Bar. A., di Milano, domiciliata a Genova.	42	Fibroma del fondo dell'utero, salpingovarite bilaterale, gravissime aderenze da precedenti operazioni.	25 Maggio 1896. Id.	50 minuti.	Felice, licenziata il 23 Giugno.	Subì anteriormente due raschiamenti ed una plastica del collo, morfinomane, da molti mesi si iniettava da 1 a 10 centigr. al giorno di morfina.
14	Arc. El., di Arona.	40	Piosalpingite bilaterale, gravi aderenze posteriori.	3 Giugno 1896. Id.	Non calcolata ma inferiore a tre quarti d'ora.	Felice, licenziata il 28 Giugno.	Subì anteriormente profonda cervicectomia.

Numero	Nome cognome patria	Età	Diagnosi	Giorno e luogo dell'operazione	Durata dell'operazione	Esito	Osservazioni
15	Zucc A., di Genova.	45	Endometrite cronica con sospetto di sarcoma. Grave denutrizione generale. Accessi gottosi ripetentisi ad ogni periodo mestruale da 10 anni circa.	17 Giugno 1896. Privata Clinica ginecologica di S. Fruttuoso. Genova.	Mezz'ora.	Felice. Esaminata il 29 Nov. 1896 e riscontrata in ottime condizioni di nutrizione, più nessun accesso gottoso, assorbiti tutti tofi articolari, licenziata il 19 Luglio.	Oltre lo stato generale di imponente anemia e denutrizione, in gran parte le articolazioni erano deformate con presenza di tofi. Guarigione completa anche della gotta. Tuttora da 3 a 4 litri di orina nelle 24 ore. Stato generale ottimo: non zucchero nelle orine, molto ingrass. (V. *Arch. Ost. Gin.*, Ott. 96).
16	Giob. V., di San Martino d'Albaro.	47	Epitelioma del collo, metrite parenchimatosa, degener. sclerocistica delle ovaia.	1 Luglio 1896. Id.	Circa mezz'ora.	Felice, esaminata nell'Ott., licenz. il 2 Agosto.	Da molti anni sofferente.
17	Br. Ter., di Acqui.	38	Salpingovarite bilaterale, fibroma della parete posteriore dell'utero.	1 Luglio 1896. Id.	Meno di 40 minuti.	Felice, licenziata il 20 Luglio.	Da anni sofferente.
18	Mair. F., di Genova.	34	Fibroma del fondo, salpingovarite.	2 Luglio 1896. Id.	34 minuti.	Felice, licenziata il 6 Agosto.	—
19	G. G., di Campomarone.	43	Carcinoma del collo.	19 Luglio 1896. Id.	18 minuti.	Felice, licenziata l'8 Agosto.	—
20	Gar. Cab., di Savona.	42	Fibroma, parete anteriore dell'utero e sospetto epitelioma del collo.	12 Agosto 1896. Id.	Meno di tre quarti d'ora.	Felice, licenziata il 3 Settembre.	—
21	Zop. E., di Millesimo.	35	Fibroma intramurale, salpingovarite bilaterale.	20 Agosto 1896. Id.	Quasi un ora.	Felice.	Esistevano gravi aderenze in ispecie posteriormente.
22	Gerb. Marc., di Parma.	38	Cistoma misto del legamento largo di sinistra del volume di una testa di feto quasi a termine, fibroma della parete anteriore dell'utero, salpingite bilaterale.	16 Sett. 1896. Id. Presenti, oltre agli assistenti, i dottori Kall di Londra e Repetto di Buenos Ayres.	43 minuti.	Felice, licenziata l'8 Ottobre.	Praticai dapprima l'ablazione dell'utero e degli annessi di d.ª Rimase poi nel cavo addom. quasi libero il cistoma che venne afferrato con pinza, portato in basso, svuot. ed asport. cogli ann. di sin.ª

Numero	Nome cognome patria	Età	Diagnosi	Giorno e luogo dell'operazione	Durata dell'operazione	Esito	Osservazioni
23	Gerb. Ann., di Recco.	43	Fibroma della parete anteriore dell'utero, voluminoso fibroma sottomucoso del fondo, metrite cervicale parenchimatosa, imponente anemia.	10 Ottobre 1896. Privata Clinica ginecologica di S. Fruttuoso, Genova. Presenti, oltre agli assistenti, i dottori Kall di Londra e Repetto di Buenos Ayres.	33 minuti.	Felice.	Da ben dieci anni la paziente soffriva di imponenti metrorragie, da 40 giorni più non poteva lasciare il letto stante l'estrema denutrizione. Venne praticata incisione mediana, ma il pezzo anatomico del peso di circa un chilogrammo e mezzo, venne estratto tutto unito.
24	Bath. M., di Chiavani.	47	Carcinoma del collo.	16 Ottobre 1896. Idem.	35 minuti.	Felice, licenziata il 14 Novembre.	—
25	Tess. C., di Nè.	34	Piccolo fibroma del fondo, salpingite bilaterale, cervicometrite parenchimatosa, retroversione con gravi aderenze.	16 Ottobre 1896. Idem.	65 minuti.	Felice, licenziata il 25 Novembre.	Sterile, subì atto operativo 5 anni prima nonchè molteplici cure. Esistevano gravi aderenze.
26	Prat. Giac., di Genova.	45	Cronica metrite parenchimatosa, endometrite sospetta, metrorragie infrenabili.	7 Novembre 1896. Idem.	25 minuti.	Felice, licenziata il 26 Novembre.	Inutilmente e reiteratamente operata e curata prima. Trovavasi in preda a imponente anemia.
27	Wal. M., di Pietroburgo.	29	Salpingovarite bilaterale di antica data e d'origine infettiva. Metrite parenchimatosa cronica e gravissima, metrorragie indomabili.	24 Novembre 1896. Idem.	47 minuti. Sopportò male il cloroformio.	Felice.	Subìti anteriormente tre atti operativi, di cui l'ultimo la distruzione di parte del collo e della mucosa endouterina, pare colla galvanocaustica.

NB. — I Sanitari che mi assistettero negli atti operativi furono i dottori Demarini e Depaoli in qualità d'aiuti ed i dottori De-Amicis, Zenoglio, Olivieri, Paoletti, Di Negro e Gallo che si alternarono. Essi prestano pure servizio per la Guardia Ostetetrica permanente e per il dispensario ginecologico per le povere, e nessun encomio basterebbe a compensarne lo zelo e l'abnegazione.

Nella presente statistica non figurano altri 11 casi operati pure dal Novembre 1895 al Novembre 1896 nella Clinica di Novara e nella pratica privata, nei quali la tecnica usata non fu precisamente la stessa, come diversi furono l'ambiente e l'assistenza. Essi appariranno in altra mia statistica d'indole generale.

I suddescritti reperti statistici concluderebbero ben poco per riguardo ai vantaggi o meno che offre il sistema operativo in discorso, ove non si considerasse, che la bontà o meno di un metodo si deve desumere:

a) dagli esiti;

b) dalla convalescenza più o meno lunga a cui trovasi obbligata l'operata, convalescenza che può evidentemente in parte rivelare anche la maggior o minor perdita di sangue avvenuta durante l'intervento;

c) dalla durata dell'operazione.

E questi dati appunto chiaramente appaiono dalle presenti tavole, dimostrando:

1.° Che dal Novembre 1895 al Novembre 1896 su 27 isterectomie vaginali per indicazioni svariate e soventi gravissime non perdetti neppure una paziente. (Avversario, come ebbi a dichiararmi in precedenti mie pubblicazioni, dell'odierno *vero abuso dell'isterectomia vaginale*, la mia statistica non rappresenta che casi di assoluta e ben provata indicazione, casi perciò in gran parte assai complicati ed in cui invano eransi tentate operazioni conservatrici).

2.° Che la convalescenza, dedotta dal tempo trascorso dal giorno dell'operazione al giorno di sortita dalla Clinica, fu relativamente sempre assai breve, variando in media da 16 a 30 giorni anco pei casi più gravi, poche essendo le pazienti, che dimorarono in Clinica più di 30 giorni. Ciò prova quanto in realtà ebbi manifestamente a constatare col detto metodo, che cioè le perdite di sangue lungo l'operazione sono minime, il che facilmente si comprende pensando, che la base di esso è la legatura preventiva.

3.° La durata dell'atto operativo vedesi come relativamente sia assai breve; che se colla forcipressura in casi semplici si estirpano uteri anche in 12, 15 m. (Doyen asserisce perfino in 10, 6!) non credo però, che col detto metodo, pur modificato e coll'aggiunta del *morcellement*, si giunga *tanto soventi* a praticare le ablazioni d'utero e fibromi come salpingiti e aderenze in 20, 35, 40, 45 minuti come dalle nostre tavole appare; l'aver assistito ad atti operativi di tale genere presso rinomatissimi chirurghi e ginecologi *stranieri* me ne indusse la convinzione. Vidi, per lievi aderenze, per salpingiti poco complicate, per piccoli fibromi impiegare perfino 3 ore nell'estrazione!

Vedesi d'altronde come la media del tempo che io impiegai (pur essendovi indicazioni così disparate), fu di circa 30 minuti, e cioè:

in 9	casi	si impiegarono	da 18 a 30	minuti	primi
» 6	»	»	» 30 a 40	»	»
» 8	»	»	» 40 a 45	»	»
» 2	»	»	» 45 a 50	»	»
» 2	»	»	» 50 a 65	»	»

Epperò richiamo l'attenzione per rapporto alle tre dette circostanze pei seguenti fatti clinici:

I N.i 1, 8, 13, 17, 18, 21, 25, nei quali si associavano la presenza di fibromi con salpingiti e aderenze notevoli.

I N.i 14 e 27 in cui, alle salpingiti purulente bilaterali aventi molteplici aderenze, si univano gravi aderenze dei fondi vaginali per precedenti cervicectomie, aderenze che impedivano l'abbassamento dell'utero.

Il N.o 22 in cui trattavasi, oltrechè di fibroma della parete anteriore dell' utero e di salpingite bilaterale, della presenza anche di un cistoma della grossezza di un testa di feto quasi a termine, cistoma che venne pure tolto per via vaginale.

I N.i 4, 6, 23, nei quali esistevano voluminosi fibromiomi di cui si fecero l' ablazione di pezzi anatomici, in uno del peso di gr. 1650 in altro del peso di gr. 950, oltre, s' intende, altri pezzi estratti per *morcellement*, da unirsi questi all' altro già citato ed estratto a Novara del peso di gr. 700.

I N.i 12, 13, 15, 23, 26 per le condizioni di estrema anemia in cui versavano, anemia tale che certo rendeva pericolosissimo l' atto operativo, ove non si fossero associate la rapidità del metodo alla quasi nessuna perdita di sangue.

Ai fatti dunque ed all'autorevole esame dei colleghi, più che alle considerazioni personali, affido il giudizio sui concetti, che oggi mi guidano nell' intervento laparotomico per via vaginale, soggiungendo però, ancor una volta, che si tenga calcolo della convinzione che mi domina esservi in oggi abuso dell' isterectomia vaginale, e che in base a tale abuso la gran parte dei casi in cui decisi tale intervento offrivano assai gravi complicanze, e quindi notevoli difficoltà tecniche.

I SETTI TRASVERSALI DELLA VAGINA

SOTTO IL RAPPORTO DELLA ORIGINE CONGENITA, DELLA PROIEZIONE VAGINALE E DELLA IMPORTANZA OSTETRICA

STUDIO CLINICO-SPERIMENTALE

PEL

Dott. CARLO FERRARESI

I sepimenti trasversi del canale genitale della donna compaiono nella letteratura medica prima dei setti longitudinali. Certamente, come vuole Le Fort (1), questi ultimi attrassero meno facilmente l'attenzione degli antichi osservatori, perchè le loro conseguenze cliniche sono meno appariscenti che quelle delle ginatresie.

Ma, all'infuori della osservazione clinica, si può ben affermare che ogni altra questione, sopratutto quella dell'origine, è stata risolta prima, e con accordo generale, per i casi di divisione longitudinale del canale vagino-uterino che non per le divisioni trasversali.

La formazione di queste ultime, ad eccezione delle altolocate dominate dal fenomeno della torsione nei segmenti tubarici, è stata argomento a recenti discussioni (2). La questione dunque è tuttora viva e destinata probabilmente ad assumere nuovi aspetti, con le mutate condizioni di altre questioni connesse, come quella dello sviluppo della vagina, delle infezioni della vita intra ed extra-uterina. Anche lo studio della situazione della vagina rispetto alla pelvi, che ha qualche affinità con le ricerche relative ai setti, per i contatti che sono stabiliti tra le pareti, è rappresentato qui con limiti piuttosto ampi a confronto delle altre parti, e col nome di proiezione vaginale, vagino-pelvica.

---

(1) Léon Le Fort. « Des vices de conformation de l'utérus et du vagin, etc. » Thèse, Paris, Delahaye, 1863.

(2) V. *Gesellschaft für Geb. u. Gyn. z. Berlin.* Sitzung a. 8 Dec. 1893. — Ibid. 9 Mar. *Centralblatt f. Gyn.*, 1894. — Ibid. 27 Mar. 1895, *Centr. f. Gyn.*, 1896.

Avendo avuto l'occasione di osservare tre casi clinici di aderenze vaginali nella pratica ostetrica, sui quali ho riferito a più riprese, all'XI Congresso internazionale (1), alla 1.ª adunanza annuale della Società Italiana di ostetricia e ginecologia (2), alla Società medica di Bologna (3), e avendo in seguito praticate ricerche sperimentali e bibliografiche dirette ad appurare con base di fatti, l'origine dei sepimenti e a segnare la maniera più appropriata di assistenza ostetrica, ne presento i risultati in questo lavoro.

Senza rifare la storia già nota delle dottrine e osservazioni accumulatesi intorno all'atresia ed alla stenosi delle vie genitali, sarà utile ricordare che, secondo Puech (4), la distinzione del campo ostetrico da quello ginecologico, in proposito, comincia con Avicenna (5), ma l'ostetricia non contribuisce seriamente ad accrescere il materiale di osservazione che a datare dal secolo XVIII; le indagini storiche cominciano nel secolo successivo per opera di Heister (6). Quanto alla etiologia, Aristotile (7) già distingue adesioni « dalla nascita » da altre « per malattia, » ma Galeno, secondo Hulin (8) avrebbe escluso tutte le cause congenite, precedendo, così, autori recentissimi. Dopo questo, importa rilevare che mentre nella prima, principalmente nella seconda metà del secolo attuale, si sono moltiplicate le monografie sull'argomento (9),

---

(1) « Atti dell' XI Congr. med. Intern., » Roma, vol. V, Sed. 5.ª, 4 Aprile 1894.

(2) « Atti della Società Ital. di Ost. e Gin., » vol. I, 1895.

(3) *Bollettino delle scienze med.*, Bologna, Ser. VII, vol. V, fasc. 8.º

(4) Albert Puech. « De l'atresie des voies génitales de la femme. » Paris, F. Savy, 1864.

(5) Avicennæ. « Opera, etc. » Venetiis, 1607, Tom. I, Trac. IV, lib. III, cap. 1-2.

(6) Heister. Vedi Puech, l. c.

(7) Aristotelis. « Opera omnia. » Parisiis, MDCCCLIV (erroneamente vien riferito il detto passo al libro) « De generat. anim. » dove è puramente indicata la possibilità di conglutinazione di ostii, insieme alle conseguenze o rotture; invece esso appartiene al libro « De anim. historiæ, » X, c. VI, p. 213.

(8) Hulin. « De l'atrésie vulvaire congénitale. » *Gaz. des Hôpitaux*, N. 75, 1856.

(9) Basti per le principali: Stephani. « Die atresie der Mutterscheide als Geburtshinderniss. » Inaug. Diss., Würzburg, 1841. — Schwager. « De Atresia Vaginæ. » Dis. Vratislaviæ, 1859. — Moczinski. « De atresia pudendi. » Dis. Berol., 1850. — Schönborn. « Ueber Atresie der Scheide. » Inaug. Diss., Breslau, 1868. — Herzberg. « Ueber die Atresie und Stenose der Scheide. » Inaug. Diss., Berlin, 1869, etc. E tra le recenti: Roman. « Ueber die Verwachsung der Scheide. » Inaug. Diss., Tübingen, 1885. — Delaunay. « Étude sur le cloisonnement du vagin complet et incomplet d'origine congénitale. » Paris, Thèse de doctorat, 1877. — Lyon. « Essai sur les rétrecissements congénitaux et acquis du vagin. » Thèse, Paris, 1888. — Kleinwaechter. « Die partiellen Verengerungen der Vagina. » *Prag. med. Woch.*, N. 48, 1890. — Potter. « A lecture

la letteratura dei casi è ancora sparsa e difficile a raccogliere, come già Le Fort, Puech, citati e, del tutto recentemente, F. L. Neugebauer (1) hanno lamentato.

Il linguaggio degli scrittori passati manca troppo sovente di chiarezza e di precisione. La massima confusione regna intorno alle denominazioni, a proposito delle quali Albert Puech (2) osserva giustamente che « atresia » dovrebbe designare unicamente il « canale chiuso, » mentre altri termini che nella letteratura passano spesso come sinonimi, aggiungono invece una notizia causale. Così « imperforazione » vale per l'origine congenita, « obliterazione » per l'acquisita, al vedere anche di Cordes (3) traduttore di Barnes. È anche improprio parlare di atresie incomplete, ma il termine è nell' uso (4). La denominazione ammessa da Schroeder: « restringimento anulare della vagina » (5), con una maggiore riserva per l'aggiunta di « congenito » è certamente la più adatta ai casi più comuni nelle primigravide. La confusione dei nomi, in passato, può rispecchiare, in parte, quella delle idee dominanti nei varii tempi, che può essere attribuita al cattivo apprezzamento delle cause delle ginatresie, da un lato e dall'altro alle imperfette cognizioni anatomiche delle parti muliebri. È appena necessario rammentare, a proposito della anatomia dei genitali femminili, le discussioni sulla esistenza dell'imene. Già Fabrizio di Acquapendente che operò una vergine atreta con una semplice incisione, semplificando quella a croce di Celso (6) lamentava (7) la confusione che si faceva dagli autori tra

---

on atresia of the vagina, its causes and treatment. » London, 1893. — Schuman, « Die Stenosen der Vagina. » Inaug. Diss., Jena, 1893. — Magendie Hustè. « Étude sur le cloisonnement transversal du vagin au point de vue obstétrical. » Paris, 1894. — Choteau. « Des cloisonnements du vagin d'origine congénitale. » Lille, 1894.

(1) F. L. Neugebauer. « Zur Lehre von den angeborenen Verwachsungen und Verengerungen der Scheide, etc. » Berlin, S. Karger, 1895.

(2) Puech, l. c.

(3) R. Barnes. « Trait. clin. des mal. d. fem. » Trad. Cordes, 1876.

(4) Nella letteratura inglese, ricca di casi, predominano i termini: atresia (congenital-acquired), closure (by a membrane); nella tedesca: Ringstenose, Querverlaufende [Septa] (Spiegelberg); nella francese: cloisonnement transversal (diafragmatique); manca sempre il concetto di aderenza.

(5) K. Schroeder. « Angeborene ringförmige Strictur der Scheide. » Lehrbuch der Geburtshilfe Zwölfte Auflage, neu bearb. v. R. Olshausen u. I. Veit, § 556, Bonn, Cohen, 1893.

(6) Hieronymi Fabricii ab Acquapendente. « Opera chirurgica. » Patavii, MDCXLI.

(7) Le Fort, l. c.

utero e vagina. E Le Fort (1) cita un passo di Pareo in cui si parla di incidere una membrana al collo della matrice delle neonate, volendo, verosimilmente, intendere la vulva. Da tali condizioni si può inferire qual conto debba tenersi delle osservazioni di quei tempi, tanto più che la distinzione delle atresie, rispetto a sede, tentata per la prima volta da Aezio di Amida (2), fu curata sempre scarsamente (3). Aezio sembra accennare ai setti proprii della vagina e separa l'orificio uterino dalla vagina e vulva, ma tocca appena del lato ostetrico. Non occorre rilevare che, senza distinzioni precise di sede, non si può raccogliere una letteratura ristretta alla vagina, con precisione.

Difficoltà anche maggiori s'incontrano nella distinzione etiologica dei casi. Per tuttociò si può intendere come siano insufficienti per una regola statistica, simili materiali. È dunque necessario, salvo rare eccezioni, attingere a tempi più recenti le osservazioni; e pertanto già dai tempi di Puech, sopratutto dopo la comparsa del suo importante lavoro, sopracitato, non si può negare che le condizioni della letteratura non siano sensibilmente migliorate. Egli rilevò bene il grande interesse delle atresie, scrivendo che « delle questioni che solleva la patologia della donna, quella della atresia delle vie genitali è una delle più importanti. » Il campo dei restringimenti membranosi, benchè più modesto, non è certo meno degno di studio nè pel lato scientifico, nè per il pratico. A proposito di quest'ultimo, giova richiamare l'affermazione di Condorelli (4) che « coll'intervento di una più o meno lieve operazione chirurgica, spesso si espleta un parto che, senza di essa, non sarebbe possibile. » Un elemento poi che rende importante ogni nuovo contributo di casi è certamente quello della loro rarità. Senza entrare per ora nell'argomento della frequenza, quantunque P. Müller (5) abbia dichiarato non raro il concepimento in questo genere di stenosi, si deve ancora ammettere che in generale infrequenti (Spiegel-

---

(1) Ibid.

(2) « Contractæ ex veter. med. tetrab. » Lugduni, 1549. — Dalechamps. « Chir. Franc. » Lyon, 1570.

(3) Puech, l. c.

(4) Mario Condorelli Francaviglia. « Vagina doppia con imene doppio, ecc. » *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, Milano, Dic. 1889.

(5) P. Müller. « Die Krankeiten des weiblichen Körpers in ihrem wechselbeziehungen zu den Geschlectsfunctionen. » Stuttgart, 1888.

berg (1), Breisky (2), Kaltenbach (3), Schroeder (4), Zweifel (5) e altri) siano anche più rare nel campo ostetrico. Chiunque può dichiararlo in base alla propria pratica; e tale esperienza personale necessariamente ristretta spiega, in parte, l'indifferenza colla quale l'argomento è toccato dal maggior numero dei trattatisti di ostetricia, e il vario grado di importanza che gli viene attribuito. Nel campo ginecologico, a parte che Churchill (6) abbia ritenuto che i vizii dell'imene siano più frequenti nella prima età, anche nei tempi passati era noto che le imperforazioni imeniali, più comuni anche di tutte le varietà di stenosi vulvare [Jenks (7)], sono incomparabilmente più frequenti di quelle vaginali propriamente dette. Cosicchè Le Fort (8) si astenne dal riferire casi di atresia imeniale, perchè già in qualche giorno di ricerche bibliografiche, aveva rinvenuto più di 100 osservazioni.

Entrando nello studio speciale delle intersezioni membranose della vagina, è naturale domandarsi quale posto esse occupino nella anatomia patologica della vagina. Senza implicare questioni di origine, considerandole cioè come un fatto compiuto, senza riguardi a casi congeniti o acquisiti, è logico collocarle tra le deformità. Tra le deformità della vagina sono considerate come tipiche e classificate le anomalie di formazione o forme congenite. Volendo anche ravvicinare, tutti insieme, i setti a queste ultime, riesce difficile assegnarvi un posto, perchè molto diversa è l'importanza attribuita all'atresia congenita nelle varie classificazioni proposte, in nessuna delle quali però tiene il primo luogo. Esse vanno dalla mancanza o assenza di vagina, e dallo stato rudimentale, fino alla stenosi, e annoverano inoltre la vagina unilaterale, quella setta longitudinalmente, finalmente lo stato di cloaca o le aperture anormali della vagina [nel retto, sopra il pube, ecc.) che sembrano

---

(1) Otto Spiegelberg. « Lehrbuch der Geburtshilfe. » Dritte Anfl. neu bearb. von Dr. Max Wiener. Lahr, 1891.

(2) S. Breisky. « Die Krankeiten der Vagina. » Stuttgart, 1879. (In Pitha und Billroth. « Handb d. allgem. u. speciell. Chirurgie. »).

(3) Rudolph Kaltenbach. « Lehrbuch der Geburtshilfe. » Stuttgart, 1893.

(4) K. Schroeder, l. c.

(5) Paul Zweifel. « Lehrbuch der Geburtshilfe. » Stuttgart, 1892, Dritte Auflage.

(6) Fletwood Churchill et A. Leblond. « Traité prat. des mal. des femm. » Paris, 1881.

(7) Jenks. « Atresia of the generative passages of Women. » *Chicago med. Journ.*, a. examiner, Sep. 1880.

(8) Le Fort, l. c.

aver preoccupato maggiormente i vecchi autori [classificazioni di Boyer, Vidal de Cassis, Nélaton, Le Fort (1)] che i recenti. Condorelli (2), Guzzoni (3), Pozzi (4) considerano la « vagina unilaterale » con significato analogo a quello dell' « utero unicorne » cioè di forma sviluppata da un solo canale di Müller. Contemporaneamente si considera la « ristrettezza congenita, » ma la distinzione non è a sufficienza pratica, nè può soddisfare ancora completamente dal lato genetico, secondo le odierne vedute. Condorelli solo tra i citati ricorda la possibilità di atresia in ambi i lati di vagina doppia. Charpentier (5) ammettendo l' obliterazione accanto alla atresia congenita ed all'assenza, avrebbe collocato nel modo più conveniente i setti trasversali di qualsiasi origine, se non avesse trascurato i restringimenti, mancando così il posto ai sepimenti pervii. Colle classificazioni attuali non è dunque ancora facile evitare equivoci nel modo di intendere le anomalie della vagina, come già lamentò Curatulo (6) rispetto all'utero. Per ora il posto naturale dei sepimenti membranosi, parmi, trovarsi tra le atresie e le stenosi come già intesero Pozzi, Schauta (7) e altri.

Nella storia dei diafragmi vaginali, il punto, senza dubbio, più interessante è quello che riguarda l'origine loro. In tutti i tempi, infatti, si sono domandati gli osservatori, la maniera e il momento della loro formazione, per quei casi, tanto numerosi, in cui non era apparso evidente l' intervento di un agente esterno o di una malattia locale. Quasi concordemente, fu sempre attribuita la comparsa dei setti ad anomalie di sviluppo della vagina. È ovvio infatti riconoscere che alla mente di chi ricerca sull'origine di un fatto che può riscontrarsi nella prima età, che non fu preceduto da cause apparenti, e di cui sfugge costantemente il momento di comparsa, la storia dello sviluppo si presenti, a priori, quale il campo più opportuno alla soluzione del quesito. Così

---

(1) Ibid.

(2) Condorelli, l. c.

(3) Guzzoni degli Ancarani. « Vagina doppia ed utero unicorne. » *Rivista Clinica*, Bologna, 1886, f. 9 o 7.

(4) Samuel Pozzi. « Traité de Gynécologie, » vol. II, 1892.

(5) A. Charpentier. « Traité pratique des accouchements. » Paris, 1890.

(6) G. E. Curatulo. « Gravidanza in utero doppio didelphys e vagina septa, ecc. » *Riforma medica*, Napoli, N. 104, 1891.

(7) F. Schauta. « Lehrbuch der Gesammten Gynäk. » Leipzig u. Wien, 1895, Lief. 3, S. 231.

la questione embriologica si offre per prima allo studio: oltrecciò quest'ultima è di un singolare interesse rispetto alla vagina, poichè, come è noto, l'origine della vagina è ancora argomento di discussione.

È opportuno quindi riferire, almeno per cenni, sulle dottrine che hanno dominato in varie epoche, fino al presente, intorno allo

Sviluppo della vagina.

Con una serie di lavori, iniziata da Rathke (1) e J. Müller (2), furono riconosciuti quali elementi embrionali essenziali, nella formazione del canale genitale femminile, i tubi di Müller. È anche da questo periodo, a mio vedere, che comincia la storia delle conoscenze scientifiche sullo sviluppo della vagina, che merita bene di essere distinta da quella dei rimanenti segmenti del tubo genitale: utero e trombe Falloppiane. Riguardo a questi, infatti, la questione del germe primitivo è da tempo e pienamente risolta, non essendo più discutibile se essi derivino dai tubi di Müller: principalmente per i segmenti di canali pari, tube e corni uterini (dove permangono), tale derivazione è anche più semplice ed evidente, non abbisognando del fenomeno della fusione, per spiegarla. Anche lo sviluppo dei canali di Müller, è meglio conosciuto pel loro tratto superiore che per quello inferiore [O. Hertwig (3)]. A proposito del primo, non ho da osservare se non che la forma iniziale o estremo superiore [Tarnier et Chantreuil (4)] se foggiata a doccia [in accordo con Waldeyer (5) e Hertwig (6)] può meglio spiegare alcune anomalie, non infrequenti, delle tube (7), che non una forma ad imbuto. In quanto al segmento inferiore del canale di Müller, esso è ben distinto, secondo Nagel (8) dal precedente per mezzo di una ri-

---

(1) H. Rathke. « Beitrag zur Geschichte der Thierwelt. » 3 Abh. in d. Schrif. d. Danzig Gesell., t. I, Hft. 4, 1825.

(2) I. Müller. « Bildungeschichte der Genitalien. » Düsseldorf, 1830.

(3) Oscar Hertwig. « Traité d'embriologie. » Trad., Paris, 1891.

(4) S. Tarnier et G. Chantreuil. « Traité de l'art des accouch. » T. 1, Paris, Stheinheil, 1888.

(5) Waldeyer (V. Kölliker. « Embriologie. » Trad., 1882).

(6) O. Hertwig, l. c.

(7) C. Ferraresi. « Ancora sulle cisti tubariche. » *Arch. di Ost. e Gin.*, Napoli, N. 7, 1895.

(8) W. Nagel. « Ueber die Entwicklung der inneren und äusseren Genitalien beim menclichen Weide. » *Arch. f. Gynäk.*, XLV Bd., 3 Hft. Secondo Keibel, il Nagel avrebbe in altra comunicazione (Sitz. ber. d. Berl. Akad., 1889) manifestato invece l'opinione che l'orificio uterino esterno corrispondesse allo sbocco dei canali di Müller nel seno urogenitale.

piegatura corrispondente al futuro orificio esterno dell'utero (1) e finalmente da differenze nell' epitelio, cilindrico in alto con cavità, cubico in basso e senza lume. Questo segmento, detto anche distale, più piccolo dell'altro prossimiale, è come cordone che prolifera, discendendo lungo il condotto di Wolff, fino all'incontro del seno urogenitale. Mentre i rapporti del tratto inferiore del canale di Müller con quello di Wolff, negli animali amnioti in genere, sono ancora oscuri per tutti gli altri osservatori, questi ammettono però concordemente la mancanza sopradescritta del lume e caratteri particolari dell'epitelio. Così anche Tourneux e Legay (2) avevano osservato che i tubi di Müller sono, nella loro parte bassa, sprovvisti di lume, senza contorno distinto, costituenti piuttosto una massa cellulare irregolare, di elementi poliedrici. Janosik trovò questi cordoni accollati (ma indipendenti) a quelli di Wolff (3) e formati di cellule irregolarmente disposte. Rösger (4) ritiene che i canali di Müller terminino con un getto solido, epiteliale. Intanto è comunemente accettato dai trattatisti (Tarnier e Chantreuil, Cuzzi (5), ecc.) che il segmento inferiore del canale di Müller, appaia, nello stadio di sua prima formazione, come un cordone cellulare massiccio. Ma il punto ancora più interessante nella storia dello sviluppo del segmento inferiore di questi canali, è certamente quello che concerne la loro terminazione o i rapporti dei tubi di Müller col seno urogenitale. È sopratutto intorno a questa ristretta regione embrionale che si aggirano le questioni sul germe primitivo della vagina.

È appena necessario avvertire che, a tale proposito, le notizie sono anche più incerte ed incomplete che per il canale in discorso. Secondo Tourneux e Legay, citati, i canali di Müller, concavi in fuori, si addossano ai lati di una sporgenza della parete urogenitale, in cui sboccano tardi o piuttosto vi accumulano epitelio. Kölliker (6) ha veduto

---

(1) Vedi nota precedente.

(2) Tourneux et Legay. « Mémoire sur le développement de l'utérus et du vagin, envisagé principalement chez le fœtus humain. » *Journal de l'anat. et de la phys.*, 1884, pag. 130.

(3) Janosik. « Bemerkungen über die Entwicklung des Genitalsystems. » Sitz. d. K. Akad. der Wissenx in Wien. Band. XCIX, 1890.

(4) P. Rösger. « Zur fötalen Entwicklung des menschlichen Uterus, insbensondere seiner Muskulatur. Fest. z. Feier d. 50 Jubiläums der Ges für Geb. u. Gyn., in Berlin. Wien, A. Hölder, 1894.

(5) Cuzzi. « Trattato di Ostetricia » in corso di stampa.

(6) Kölliker, l. c.

in embrioni bovini, i canali di Müller, in fusione, entrare con due aperture distinte nel seno. Tuttavolta Dohrn (1) su 800 preparazioni avrebbe sorpreso una volta sola, l'apertura dei detti tubi nel seno urogenitale. Recentissimamente Keibel (2) occupandosi dello sviluppo dei condotti dell'apparato urogenitale nei due primi mesi di vita embrionale, in uno, sopra 13 embrioni, di 2 a 9 settimane di età, ha veduto i canali di Müller, a pari con quelli di Wolff, che sembrano raggiungere il seno, senza sboccarvi. Dall'esame delle sue figure (91.ª-100.ª) si riceve l'impressione, anzi, che i tubi di Müller siano arrestati nel loro avanzamento, mentre si vede già uno dei tubi di Wolff sboccato nel seno urogenitale. In realtà accrescono i dubbi, le condizioni poco favorevoli in cui arrivano generalmente all'esame gli embrioni umani, la possibilità di osservare fatti differenti in embrioni e feti della stessa età (Tourneux e Legay) e di osservare fatti straordinarii, ossia embrioni anormali, in un limitato numero di osservazioni (Keibel). Tutto questo è sufficiente a giustificare le incertezze attuali sulla origine della vagina, in una regione embrionale ancora così imperfettamente determinata.

Risparmiando ora di richiamare, per intero, il noto passaggio dallo stadio di tubi di Müller a quello di canale genitale, almeno pel tratto superiore, sarà conveniente ricordare ancora una volta, che la derivazione del canale genitale femminile da tubi pari fu intraveduta da alcuni su basi teoriche, proprio come gli altri poterono stabilirla su fatti. Ciò appare dalla comunicazione di Francesco Mondini all'Accademia di Bologna (3), dove accetta la descrizione di Meckel, di un canale bifido in alto, semplice in basso nell'embrione, al posto dei genitali interni. Non potendo egli « ob nimiam partium teneritudinem, organorum figuram perspicere » ritiene probabile che questo canale anche nella parte impari sia derivato da due « semicanales » accollati e fusi in uno. Egli forma questa congettura anche in base ad alcune sue osservazioni comunicate, anni prima, alla stessa Accademia, relative a due feti umani congiunti per la pelvi, provvisti di due uteri, due vesciche e un sol retto, e sulla « legge di simmetria » enunciata da

---

(1) Dohrn. *Centralblatt für Gynäkologie*, N. 21, 1878.

(2) F. Keibel. « Entwicklungeschichte des menschlichen Urogenitalapparates. » *Arch. f. Anat. u. Phys.*, p. v. His u. Duboys Reymond. « Anatomische Abtheilung. » 1-2, Leipzig, 1896.

(3) Francisci Mondini. « Uteri humani bicornis, anat. descrip. » Novi Commentarii Academiæ scientiarum Instituti Bononiensis, T. II, Bon., 1836, pag. 350.

Serres (1), per la quale gli organi situati sulla linea mediana sono primitivamente costituiti da due parti eguali e separate. A quei tempi Geoffroy Saint Hilaire (2) richiamandosi alla stessa legge per la spiegazione dei sepimenti longitudinali dei genitali, applicò esattamente la teoria embriologica.

Queste idee ebbero solo più tardi un'ampia conferma sperimentale. Intanto ho accennato, per quest'epoca, al lavoro di J. Müller e di Rathke, come a quelli che segnano la prima comparsa delle ipotesi scientifiche intorno allo sviluppo primitivo della vagina. A tale proposito, il seno urogenitale ha servito di base ad una prima serie di ipotesi importanti, che possono già costituire un primo periodo nella storia delle dottrine sullo sviluppo del canale genitale femminile e della vagina, in particolare. Dal seno urogenitale si forma tutta la porzione pari di canale genitale, secondo Rathke: la parete posteriore di questo seno aumenta fino a diventare una cavità o cul di sacco che al suo fondo riceve lo sbocco dei canali di Wolff e di quelli di Müller (3). Tale cavità costituirà costantemente la vagina e anche la porzione indivisa di utero, mentre i corni, dove permangono, derivano dalle estremità inferiori allargate dei tubi di Müller. Molto differenti sono le vedute di Müller, Valentin (4), Bischoff (5), Lilienfeld (6) rispetto all'utero, tanto più che nessuno ha confermato il diverticolo di Rathke, ma un punto comune a tutte queste teorie è che la vagina, più o meno direttamente, deriva dal seno urogenitale. Così questo primo periodo storico che arriva fino alla comparsa dei lavori di Leuckart e Thiersch (1852-53), può essere denominato, di Rathke o del seno urogenitale.

Leuckart (7) per la considerazione degli uteri e vagine duplici di certi mammiferi e della donna, e Thiersch (8), per via del tutto spe-

---

(1) Serres. « Anatomie comparée, etc. » T. I, pag. 24.

(2) Is. Geoffroy Saint Hilaire. « Histoire gén. et part. des anomalies de l'organis. chez l'homme et les an., etc. » T. I, p. II, livre IV, chap. 4, pag. 555, Paris, 1832.

(3) Valenti. « Elementi di Embriologia » li chiama anche canali di Rathke.

(4) Valentin. « Handbuch der Entwicklungeschichte des Menschen. » Berlin, 1835.

(5) Bischoff. « Eutwicklungeschichte der Saügethiere u. des Menschen. » Leipzig, 1842.

(6) Lilienfeld, secondo Tourneux e Legay, riproduce l'opinione di Müller, nel « Beitrag zur Morphologie und Eutwicklungeschichte d. Geschlechtsorgane. » Marburg, 1856, quantunque tardi, esso appartiene dunque ancora al primo periodo.

(7) Leuckart. *Illustr. med. Zeitschrift*, 1852, pag. 93.

(8) Thiersch. V. Kölliker, l. c.

rimentale, conclusero, come è noto, per la fusione dei tubi di Müller, avanti l'entrata nel seno urogenitale, fusione che dà luogo alle cavità uniche dell'utero e della vagina.

Considerando il largo seguito che ebbero queste vedute, diverse da quelle precedenti, tantochè può ormai chiamarsi teoria classica quella che stabilisce la derivazione della vagina dai tubi di Müller, credo giustificato ammettere, con le nuove idee, un nuovo o secondo periodo storico delle dottrine sullo sviluppo della vagina. Furono citati, sopra, i precursori di questo periodo: Mondini, principalmente, ha espresso la derivazione della vagina da due tubi primitivi (semicanales), colle parole « canalem unum constituunt, qui canalis, dum embryo incrementum suscipit, in *vaginam* et uteri cervicem commutatur » (1). Tutti gli osservatori ulteriori a Thiersch hanno confermato la fusione entro il cordone genitale che da lui prese nome. Ma non è completo l'accordo sopra il livello al quale essa comincia, e che egli collocava al basso di detto cordone. Dohrn (2) che osservò nell'uomo, l'ammette un poco al disopra del limite tra terzo inferiore e medio del cordone: la saldatura poi procederebbe più rapidamente verso il basso che verso l'alto, e verso la fine del 2.° mese. Kölliker (3) la fece partire invece dalla metà e aggiunse alle conclusioni di Thiersch quest'altra, che tutta la parete del cordone contribuisca a formare la tunica fibrosa di utero e vagina. Rispetto al seno urogenitale, che, secondo tutti gli autori di questo periodo, non ha alcuna parte nello sviluppo della vagina, Kölliker dà interessanti figure schematiche sulle proporzioni e rapporti del seno stesso, genitali e vescica nell'embrione umano al 3.° mese e nel feto al 4.° e 6.° Risulterebbe che il raccorciamento progressivo di detto seno sarebbe solo apparente, giacchè in realtà il seno cresce, ma meno delle altre parti. A 3 mesi misura 2 cm. di lunghezza ed è un canale largo senza distinzione di vescica e uretra, verso 4 mesi misura cm. 2,5 (l'utero e la vagina 6 mm.), verso 6 mesi, la vagina è allargata, il seno urogenitale che prima era un seguito immediato della vescica, sembra diventato come una terminazione della vagina, e prende nome

---

(1) Mondini, l. c., pag. 360.

(2) Dohrn. V. Winckel, « Lehrbuch der Fr. » pag. 100. — Fürst fa cominciare la fusione al terzo inferiore dei tubi di Müller: « Ueber die Bildungsh. der Urovaginalkanal. » *Monat. f. Gyn.*, 1867, XXX Bd.

(3) Kölliker, l. c., pag. 1029.

di vestibolo della vagina. A quest'epoca misura 3,5 mm. (la vagina 11 e l'utero 7). Tourneux e Legay invece si sono maggiormente occupati della terminazione superiore della vagina: il muso di tinca è già differenziato alla metà del 5.° mese; i cordoni di Müller sono ancora massicci al momento della fusione. Per Cadiat (1) la vagina al 4.° mese è già sviluppata con pliche e papille e il muso di tinca è più lungo di 4 mm. Dohrn (2) ritiene che la vagina sia limitata più presto superiormente (germe del labbro anteriore uterino) cioè alla 15.ª-16.ª settimana, che non inferiormente coll'imene o sporgenza posteriore al punto di sbocco dei canali di Müller nel seno urogenitale (19.ª settimana). Keibel (3) dice che in embrioni di 8 $^1/_2$ fino a 9 settimane, il seno urogenitale è ancora molto lungo e la terminazione dei canali di Müller, al cui livello nasce l'imene, così alta che si spiega come a W. Nagel sia avvenuto di scambiare quest'ultima col germe dell'orificio uterino e il seno per il germe della vagina. Nagel, per altro, appartiene oggi, come è detto sopra, ai sostenitori della teoria classica. Non è necessario avvertire che questa è la teoria tuttora dominante, accettata pressochè da tutti i trattatisti di ostetricia e ginecologia, per risparmiare ulteriori citazioni: essa può ritenersi riassunta da Hertwig con queste semplici parole: « a spese di quella parte di canali (di Müller) situata nel cordone genitale, si formano, per fusione, utero e *vagina.* » Questa è dunque la teoria classica o della vagina Mülleriana. Non si può dire tuttavia che l'accordo degli osservatori sulla dottrina in discorso sia così completo da evitare modificazioni al concetto della origine, esclusivamente, Mülleriana. Così Tourneux e Legay, citati, hanno osservato in mezzo alle cellule pavimentose dell'estremo inferiore dei tubi di Müller fusi, degli elementi degenerati dei tubi di Wolff e, per argomenti di analogia dello sbocco intravaginale di residui Wolffiani nella vacca, ammettono la partecipazione dei dotti di Wolff alla formazione del tratto inferiore della vagina, ciò che, a loro vedere, rende ragione di certe deformità, come il fondo cieco con imene e assenza di altri elementi genitali. Rispetto a questa partecipazione, prima

---

(1) O. Cadiat. « Mémoire sur l'utérus et les trompes. » *Jour. de l'An. et de la Phys.*, etc. 1884, N. 5, p. 412.

(2) Dohrn. « Zur Kenntniss der Müller'schen Gänge, etc. » Sch. d. Ges. z. Bef. d. ges. Nat. z. Marburg, 1869. — « Ueber die Eutwick. des Hymens. » Marburg, 1875.

(3) Keibel, l. c., pag. 27.

di loro, Hoffmann (1) ha sostenuto che i tubi di Wolff insieme a un getto posteriore del seno urogenitale (che ricorda quello di Rathke) formano la parte inferiore della vagina, ma avendo escluso l'estremo dei tubi di Müller, dalla stessa, le vedute di Hoffmann fuorescono dai limiti della teoria classica.

Maggiori differenze occorrono nelle vedute di certi autori, in passato: nell'opera di Puech è riconosciuta ad es. una dottrina che assegna alla vagina una origine distinta da utero e vulva, da un blastema situato tra retto e vescica. Delaunay (2) accetta una origine più complessa: la porzione superiore della vagina dalla fusione dei tubi di Müller, quella inferiore del foglietto esterno del blastoderma e una intermedia dal tessuto embrionale situato tra vescica e retto. Ma non poggiando queste vedute sopra basi sperimentali rigorose, credo tener conto piuttosto di dottrine ulteriori, più importanti e degne di costituire un terzo periodo storico.

Anche recentemente, infatti, altre osservazioni di indole embriologica e teratologica, tendono a raggiungere conclusioni meno assolute, principalmente riguardo all'origine dell'imene che secondo la dottrina classica è esclusivamente vaginale. Aveva dunque ragione Rennert (3) di dire che mentre sono chiariti altri punti della embriologia dei genitali femminili, non si può ancora ammettere con certezza una origine esclusiva della vagina dal tratto inferiore dei tubi di Müller. Retterer (4) studiando, su tagli in serie, i genitali di embrioni e feti umani a varie età, conclude che tanto la ipotesi di Valentin (seno urogenitale) quanto quella classica (tubi di Müller) sopra l'origine della vagina della donna, sono troppo esclusive, ma contengono ciascuna una parte della verità. Egli ha voluto determinare, per tutti gli stadii di evoluzione della vagina e uretra, ciò che spetta ai canali di Müller da una parte e al seno urogenitale dall'altra. Durante il corso del 3.º mese lunare, nei due sessi, i dotti di Müller sboccano nel seno urogenitale, che resta un canale unico nel maschio, mentre si segmenta nella femmina a

---

(1) Hoffmann. *Centralblatt für Gynäkologie*, N. 21, pag. 503, 1878.

(2) Delaunay, l. c.

(3) Rennert, V. Demetrius Popoff. « Zur Morph. u. Hist. der Tuben, etc. » *Arch. f. Gyn.*, 44 Bd., 2 Hft.

(4) Ed. Retterer. « Sur l'origine du vagin chez la femme. » Compt. rend. hebdom. des s. et m. de la Société de Biologie. » Tome III, S. IX, année 1891.

partire dal punto di sbocco in due condotti: uretra e vagina. Avviene cioè che le pareti laterali del detto seno formano pieghe che si avvicinano e si fondono formando il setto uretrovaginale. Questo discende nel 5.° e 6.° mese, avvicinandosi alle piccole labbra, prolungando vagina e uretra e abbassandone i rispettivi orifici. Secondo Retterer il rimanente tratto della vagina, corrispondente al basso fondo della vescica e al segmento superiore dell'uretra circondato da uno sfintere completo a fibre striate, sarebbe derivato dalla fusione dei tubi di Müller. Sarebbe dunque erronea sì la teoria che fa derivare l'intera uretra e vagina dalla sepimentazione del seno urogenitale, come l'altra classica che fa originare tutta la vagina dalla estremità inferiore dei tubi di Müller e partecipare il seno urogenitale alla formazione del solo vestibolo della vagina. Un lavoro come questo di Retterer non poteva essere trascurato: esso merita di venire considerato anche per avere rappresentato, nel modo più chiaro e completo, idee alle quali, in precedenza, altri autori si erano avvicinati. Già Lyon (1) riteneva che solo la parte superiore della vagina sia di origine Mülleriana, l'inferiore colla vulva, invece, originata dal foglietto esterno. Tutto ciò mi è parso bastevole a far ritenere che le vedute sullo sviluppo della vagina siano indirizzate per nuova via, che accenna però un ritorno alle antiche idee, modificate. Torna dunque naturale distinguere un terzo periodo storico, dove, dominando pure la dottrina classica, è dimostrata la necessità di riformare lo studio dello sviluppo della vagina inferiore.

Così ammesso, questo terzo periodo può ritenersi cominciato colle ricerche intorno all'imene, concludenti per una origine non Mülleriana. Fino dal Congresso medico di Copenhagen (1884), furono esposti i risultati di ricerche, in questo proposito, da Pozzi (2). Le opinioni attuali sull'origine dell'imene, sono così riassunte da Klein (3): si ritiene l'imene formato dalla semplice imboccatura dei tubi di Müller nel seno urogenitale, durante lo sviluppo della vagina (formazione passiva convaginale), oppure ritiensi formato più tardi per sviluppo di pieghe, allo estremo del canale vaginale già aperto nella parte inferiore (formazione attiva post-vaginale). Klein è condotto ad accettare la prima opinione

---

(1) Lyon, l. c.

(2) Pozzi, l. c.

(3) Klein. « Entstehung des Hymen. » Festschrift z. Feier d. 50 jähr. Jubilaüms der Gesel f Geb. u. Gynäk. zu Berlin. V. *Centralb. f. Gyn.*, N. 5. 1895, S. 132.

che merita il nome di classica per analogia alla teoria che intende la vagina di origine completamente Mülleriana. Essa è anche la teoria di Kölliker e di Budin (1) che, come è noto, descrisse già l'imene come terminazione inferiore della vagina nella vulva, addirittura come il collo uterino nella vagina, riferendosi all'osservazione della isolabilità della vagina inferiore, semisferica in mezzo al cellulare, alla continuazione delle colonne e delle ripiegature della mucosa vaginale sulla faccia interna dell'imene fino al suo orificio, e ad alcuni reperti istologici. L'imene o rigonfiamento primitivo che attraversano i tubi di Müller per aprirsi nel vestibolo, non acquisterebbe la forma evasata che allorquando comincia la distensione della vagina per distacco di epitelii, fisiologico (fine del 5.° mese lunare). Ma nè con queste vedute nè con quella della formazione attiva dell'imene sostenuta da Dohrn, può essere compresa la origine dell'imene insieme colla vagina inferiore, distinti per germe dalla vagina superiore o Mülleriana. Pozzi intende l'imene non come un diaframma isolato, ma come un apparecchio complesso, che circonda oltrechè l'ingresso della vagina, anche il meato uretrale e si prolunga verso il clitoride. Esso nasce per mezzo di pieghe del seno urogenitale, all'epoca indicata da Dohrn, perciò è di origine ectodermica. Pozzi indica anche la regione genitale, indipendente dai tubi di Müller, e dove si sviluppa l'imene, come assai riconoscibile in tenera età (avanti le influenze del coito e parto), ed estesa dal margine interno delle grandi labbra fino ad 1 mm. sopra l'imene. Crede questi limiti stabiliti da osservazioni teratologiche. Esprimendo nel modo il più semplice, esiste una vagina superiore, Mülleriana, e una inferiore dal seno urogenitale. Anche Keiffer (2) ha creduto sorprendere il tipo embrionale dell'imene, secondo le vedute di Pozzi, in un caso clinico dove un imene spesso e vascolarizzato, a cifra 8, circondava l'apertura della vagina e dell'uretra, e si prolungava al clitoride. Bisogna notare che, quasi contemporaneamente alla prima comunicazione di Pozzi, il Fasola (3), a proposito di un caso clinico,

---

(1) Budin. « Recherch. sur l'hymen, etc. » *Progrès méd.*, 30 Août 1879.

(2) Keiffer. « Contributo allo studio della embr. dell'imene. » *Boll. d. Soc. Belga.*, Bruxelles, 1894. (Dalla *Puglia medica*, Bari, N. 2, 1894).

(3) E. Fasola. « Contributo allo studio della origine dell'imene, a proposito di un caso di ematocolpo per mancanza della parte inferiore della vagina e imene. Rapporto fra lo sviluppo dei genitali femminili con lo sviluppo e la forma del bacino. » *Annali di Ost, Gin. e pediatria*, Firenze, vol. II, N. 3-4-5-6, anno 1885.

concludeva per la probabilità di una origine dell'imene e della parte inferiore della vagina, e « con essa la mancanza dell'imene, coincidente » col regolare sviluppo del resto degli organi genitali interni (parte » superiore della vagina, utero, trombe, ovaie) ed esterni (grandi e pic- » cole labbra, clitoride, vestibolo, meato orinario) porterebbero a cre- » dere che l'imene e la parte inferiore della vagina abbiano una ori- » gine indipendente dai canali di Müller. » Schaeffer (1), più tardi, ritiene l'imene una produzione solo parzialmente ectodermica, mentre, secondo le vedute classiche, l'imene coi genitali interni è un derivato del foglietto medio. Se gli argomenti ultimi addotti a sostegno della origine duplice della vagina (mülleriana e urogenitale) sono principalmente osservazioni teratologiche, che si prestano facilmente a varia interpretazione, non può negarsi alla nuova teoria mista, il pregio di avere, almeno, dimostrato che la parte inferiore della vagina ha uno sviluppo non ancora bene stabilito.

Per questa conclusione, nasce, implicitamente, il dubbio sopra le teorie embriologiche della origine dei setti vaginali che sono ad essa intimamente legate. Ma avanti di continuare nella ricerca di questa origine, credo necessario discutere un altro elemento non meno importante di quello dello sviluppo, per l'appoggio che può fornire a detta ricerca, e che riguarda i rapporti delle pareti vaginali tra loro e colle parti circostanti in condizioni fisiologiche.

Situazione normale della vagina.

Le pareti vaginali sono, normalmente, a contatto in istato di riposo e questo contatto, evidentemente, è condizione necessaria per lo stabilirsi di aderenze. La situazione variabile della vagina rispetto alla pelvi, determina con certezza i tratti rispettivi delle pareti, suscettibili di spostarsi l'una sull'altra, che assumono contatto.

La forma pressochè regolare, quantunque obliqua, dei due segmenti superiore ed inferiore al setto, del lume vaginale, prova che fra le regioni rispettive di impianto del setto nelle due pareti, non vi è dislivello. Dove essa sembra mancare, apparendo, ad esempio, un segmento terminato molto obliquamente in addietro e in basso, giova por

(1) O. Schaeffer. « Bildung's Anom., etc. » *Archiv für Gynäk.*, XXXVII, 2.

mente alla forma normale della vagina: essendo il fornice posteriore più profondo dell'anteriore, è naturale che i punti di impianto devono essere diversamente distanti dai fornici, essere cioè su piani obliqui all'asse della vagina, se devono essere immaginati come raffrontabili nel contatto fisiologico delle pareti stesse. Tutto ciò rende opportuno ricercare notizie precise sulla statica della vagina, al qual proposito io ho creduto provvedere coll'esame della letteratura, con quello dei tracciati provenienti da spaccati di cadaveri congelati, finalmente con ricerche nel cadavere e nella vivente.

Senza dubbio, è dell'utero che si sono maggiormente occupati gli autori, e difficilmente può separarsi la storia degli scarsi studi sulla topografia della vagina da quella concernente l'utero. In tali studi si rendono chiare, da un lato, l'importanza che i pratici hanno riconosciuto alla topografia degli organi pelvici [principalmente dal cominciare del secolo, quando l'anatomia topografica dell'utero è entrata in una fase veramente scientifica, secondo Casini (1)], dall'altro le difficoltà che si oppongono ai molteplici e ingegnosi mezzi impiegati. Se queste difficoltà si considerano distintamente rapporto alla vagina e rapporto all' utero, risultano certamente differenze dovute sopratutto alla struttura dei due segmenti genitali. L'utero, diversamente dalla vagina è consistente, mantiene la sua forma e cavità anche separato dai rapporti naturali. I rapporti suoi sono evidentemente meno estesi che per la vagina, la quale è floscia, incapace di mantenere la propria figura, se è sciolta dai suoi sostegni. Questo rende necessaria una conoscenza più profonda della topografia degli organi adiacenti rispetto alla vagina, che ha in suo vantaggio il solo fatto di essere più accessibile ai mezzi di indagine. Sono noti gli appunti fatti ai diversi mezzi di ricerca impiegati dagli anatomici e dai ginecologi, per non doverli richiamare. Ho potuto raccogliere sopratutto dai trattatisti che rispecchiano le idee dominanti sulla statica dei genitali e sui rapporti loro. Tra gli ostetrici, fino dal secolo scorso, Roederer (2) dichiarò che l'asse della vagina non corrisponde coll'asse della pelvi, ma fa un angolo in avanti. Ai primi del secolo attuale Termanini (3) vuole la vagina com-

---

(1) M. Casini. « La situazione e i rapporti dell'utero nelle condizioni normali e negli spostamenti patologici. » Genova, 1893.

(2) Giorgio Roederer. « Elem. di ostetricia. » Trad. Galletti, Firenze, 1771.

(3) Gaetano Termanini. « Principii fondamentali di ostetricia. » Bologna, 1817.

presa in gran parte nella cavità pelvica, ma estesa fuori della apertura perineale (pelvica) oltre il coccige e l'intestino retto (in queste parole par compreso il concetto d'una proiezione della vagina e pavimento pelvico). Capuron (1): l'angolo di inclinazione della vagina coll'utero varia col variare della inclinazione dell'asse del tronco. Velpeau (2): la direzione della vagina è parallela presso a poco alla parete posteriore dello scavo, ed è concorde con Smellie, nel riconoscere l'apertura vulvare eccentrica allo stretto inferiore. Capezzi (3) ritiene la vagina contenuta entro la piccola pelvi. Tra gli anatomici E. Hushke (4) ammette una direzione curva secondo l'asse dello stretto inferiore, le pareti della vagina applicate l'una sull'altra ad eccezione del fondo dove protubera la *portio vaginalis*. Dà l'importante osservazione sui rapporti di lunghezza dell'intero corpo e della vagina (1 : 15 nell'adulta, 1 : 9 nell'età infantile).

Gli anatomici ulteriori sembrano avere idee meno precise, ad eccezione di alcuni tra i recenti, rispetto ai rapporti colla cavità pelvica. Così Hyrtl (5) ammettendo che l'asse della vagina coincida con quello dello scavo, conclude che la vagina non può essere, *in situ*, più lunga di 2,5 pollici, altrimenti l'utero dovrebbe oltrepassare il piano dello stretto superiore. Panceri (6) dice che la vagina in tutti i mammiferi è contenuta nella cavità della pelvi, eccetto che nella talpa. Sappey (7), Beaunis et Bouchard (8) non si occupano di questi rapporti. Tillaux (9) considera solo la vagina più o meno curva secondo la varia orientazione vulvare, la direzione è analoga a quella dell'uretra, orizzontale o verticale secondo la stazione orizzontale o eretta della donna e perfino obliqua in senso opposto, elevando il sacro con cuscini. Debierre (10) assegna una inclinazione normale di 15° all'indietro, e una direzione,

---

(1) J. Capuron. « Cours théorique et pratique d'accouch. » Bruxelles, 1832.

(2) A. Velpeau. « Traité complet de l'art des accouch. » Bruxelles, 1835.

(3) Luigi Capezzi. « Elementi di ostetricia teorico-pratica. » Siena, 1853.

(4) E. Hushke. « Trattato di splancnologia, ecc. » Trad. Levi, Napoli. 1882.

(5) Giuseppe Hyrtl. « Trattato di anatomia. » Trad. Lanzilotti-Occhini.

(6) Paolo Panceri. « Note di anatomia comparata, etc. » Napoli, 1875.

(7) Sappey. « Traité d'anatomie descriptive. » Paris, 1873.

(8) Beaunis e Bouchard. « Nuovi elem. di anat. » Trad. Tamburini, Milano, 1884.

(9) Tillaux. « Trattato di anat. topografica » 2.ª ediz. Trad. Tamburini.

(10) Ch. Debierre. « Les vices de conformation des organes génitaux et urinaires chez la femme. » Paris, 1892.

con le stazioni, analoga alle precedenti di Tillaux. Invece varia grandemente la direzione di 30° indietro, fino ad inclinarsi in avanti, a seconda dell'orientazione vulvare e principalmente del grado di inclinazione della sinfisi pubica. Ma pare che ritenga la vagina contenuta nella piccola pelvi. Henle (1) ha largamente contribuito all'anatomia della vagina, specialmente colle note figure dell'atteggiamento delle pareti a vagina chiusa, variabile collo stadio dello sviluppo e gli individui. Charpy (2) riferisce l'angolo di inclinazione vaginale non agli stretti nè alla orizzontale, ma bensì all'asse verticale del corpo e distingue varii tipi di inclinazione [che sono accettati anche da Ribemont-Dessaignes e Lepage (3)] a seconda della varia inclinazione del pube: a pube inclinato di 60° sulla verticale, la vagina fa con quest'ultima un angolo di 15° aperto in addietro (tipo normale), ad una inclinazione pubica deficente, di 45° ne corrisponde una vaginale di 30° (tipo diritto), finalmente la vagina segue il pube inclinato a 70°, con un angolo sulla verticale sempre minore, anche sorpassandola in avanti. I due ultimi tipi si riscontrerebbero una volta su 8 o 10 donne. Testut (4) ha ricavato, sopra sezioni gelate sagittali di donne giovani ben conformate, l'angolo formato dalla linea vaginale colla orizzontale condotta pel suo estremo inferiore, che misura 65°-75°. Ammette egli pure possibile una obliquità anteriore alla verticale. Tornando agli ostetrici, troviamo Balocchi (5) che ritiene la vagina parallela al sacro, ma più concava, e scende più basso oltrepassando appena l'arcata pubica. Sillani (6) è con Capezzi. R. Barnes (7) ritiene pure la vagina situata nello scavo, distingue la zona superiore meno elastica e più dilatabile (ampolla) e l'inferiore [stretto vaginale (8)], l'addossamento normale delle pareti è sensibilissimo mentre si ritira uno speculum bivalve. Naegele

---

(1) J. Henle. « Handbuch der Eingeweidelehre des Menschen. » Braunschweig, Zweite Auflage, 1873. (Weiblicher Geschlechtsapparat).

(2) Charpy. « Cours de Splancnologie. » Toulouse, 1890.

(3) Ribemont-Dessaignes et Lepage. « Précis d'obstétrique. » Paris, Masson, 1896, pag. 50.

(4) L. Testut. « Trattato di anat. um. » Prima trad. ital. Sperino e Varaglia, vol. III, parte 2.ª

(5) Vincenzo Balocchi. « Manuale completo di ostetricia. » Milano, 1859.

(6) Sante Sillani. « Nuovo trattato elementare completo di ostetricia teorico-pratico. » Milano, 1868.

(7) R. Barnes, l. c.

(8) Collo di Farabeuf, V. Ribemont citato, pag. 50.

e Grenser (1): la vagina segue, incurvandosi, la direzione della cavità pelvica. G. A. Braun (2): la vagina si adatta alla linea curva del bacino. Delore et Lutaud (3): la vagina descrive una curva a concavità anteriore e superiore, presso a poco come l'asse del piccolo bacino. Cazeaux e Tarnier (4): la vagina è situata nello scavo pelvico di cui segue l'asse, facendo gomito verso la vulva. La sua lunghezza diminuisce nel cadavere per il peso dell'utero e accasciamento delle parti molli. Playfair (5): la vagina è curva con apertura anteriore all' asse di uscita ed è parallela al piano pelvico. Tarnier e Chantreuil (6): la vagina è un canale situato nella escavazione pelvica, appartiene ai genitali esterni per la funzione, ma non per la situazione. Molto più esattamente, intanto, di tutti i precedenti, aveva espresso i rapporti della vagina colla pelvi, il Frankenäuser (7) affermando che la vagina a vescica e retto vuoti, giace non nell' asse pelvico, ma coincidendo col diametro coniugato dell'uscita pelvica, viene a trovarsi entro le parti molli di questa, mentre nel feto e neonato è sempre più avvicinata alla parete anteriore del bacino. Simile opinione è pienamente accettata da Breisky (8) e da Winckel (9). Del resto A. Martin (10) ha giustamente insistito sopra gli errori che all' anatomia topografica del bacino, dovevano derivare da autopsie inconcludenti, ed ha raccolto le conclusioni di sezioni congelate e di esperienze dove è dimostrato che, a minima distensione degli organi, l'utero si abbassa fino quasi a toccare la coniugata dello stretto inferiore, e generalmente vi è poco al disopra. Hart e Barbour (11) ritengono la vagina una fessura mucosa nel pavimento pelvico, lineare che non deve figurarsi, come un tempo, aperta, allo stesso modo che non si rappresenta la bocca aperta. Le

---

(1) Naegele e Grenser. « Traité pratique de l'art des accouch. » Trad. Aubenas. Paris, 1880.

(2) G. A. Braun. « Manuale di Ost. » Trad. Raffaele. Napoli, 1881.

(3) Delore et Lutaud. « Traité prat. de l'art des acc. » Paris, Savy, 1885.

(4) Caseaux et Tarnier. « Trattato teor. prat. di Ostet. » Trad. Martinez, 1883.

(5) W. S. Playfair. « A treatise on the science and practice of Midwifery. » Eight edition. Smith Elder, London, 1893, Vol. I.

(6) Tarnier et Chantreuil. « Traité d. acc. » Paris, Steinheil, 1888.

(7) Frankenaeuser. *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, VI Jahr., 1876, pag. 415.

(8) Breisky, l. c., § 2.

(9) Winckel. « Lehrbuch der Frauenkrankeiten. » S. Hirzel, Leipzig, 1886, pag. 100.

(10) A Martin. « Pat. e terap. d. mal. d. donne. » Trad. Pestalozza, 1892.

(11) Hart e Barbour. « Man. di Ginec. » Trad. Sisca. Milano, 1887.

pareti vaginali non stanno a sè, ma fanno parte dei segmenti sacrale e pubico del pavimento pelvico. Rispetto a quest'ultimo, e all'orizzonte sono inclinate di circa 60°, quindi parallele al piano dello stretto superiore.

Da questa rapida e sommaria esposizione delle vedute di autori raccolti nel campo dell'anatomia, dell'ostetricia e della ginecologia risulta chiaro che: 1.° manca un accordo tra essi, anche tra i più recenti; 2.° non vi è un progresso continuo di vedute dei trattatisti; 3.° queste ultime non vanno sempre di pari passo colle conquiste fatte nel campo della sperimentazione. Ho fatto di proposito questo esame per confermare la necessità di improntare vedute e linguaggio a maggiore esattezza ed accordo coi fatti consegnati dai nuovi studi di anatomia topografica del bacino. Neanche tra gli sperimentatori si trova un molto migliore accordo che fra i trattatisti: in più che un secolo di lavoro, molti sono i fatti, almeno apparentemente, contradditorii o per causa dei metodi seguiti, o per ragioni patologiche od individuali. Non si può dire neanche dei metodi che vi sia sempre stato progresso: mentre Kolrausch (1), oltre la metà del secolo, per dare la nota figura di un bacino di vergine di 21 anni, fa la sezione avendo praticato l'indurimento con alcool in 14 giorni, previa distensione del retto con ovatta e della vescica con alcool (la morte, violenta, era avvenuta nel periodo mestruale), Froriep (2) già nel 1815 dava un taglio di bacino femminile congelato. Venendo all'esame particolareggiato delle figure di spaccati raccolti, appartenenti a varie età e condizioni, la più parte longitudinali mediani, non vi sarà più luogo a lamentare che alla vagina sia riservata un'importanza troppo secondaria a confronto dell'utero, come già per i trattatisti sopraricordati.

(Continua).

---

(1) V. Spaccati.

(2) Froriep. « Die lage der Eingeweide in Becken, nebst einer neuen Darstellung derselben, 1815.

La estirpazione totale dell'utero per cancro

I PRIMI CASI OPERATI E GUARITI IN SICILIA

CENNI STORICO-CRITICI SUI VARI PROCESSI NELL'ISTERECTOMIA VAGINALE

Proposta di una nuova modificazione

PEL

Dott. ROSARIO VITANZA

Già Coadiutore presso la Clinica ostetrica della R Università di Palermo

---

L'estirpazione totale dell'utero per cancro, dalla via dell'addome, riabilitata nel 1878 da Freund (1), diede in sulle prime un contingente spaventevole di mortalità, ma in seguito ottennero soddisfacenti risultati, tra gli altri, il Bardenheur e il Freund medesimo.

Tra noi però, Bompiani, Corradi, Durante, D'Antona, Bottini, Ruggi, Novaro, ecc., che furono i primi ad esperire quel metodo, ebbero tutti, per quanto ne sappia, esiti esiziali; sicchè il metodo venne tosto da loro medesimi pressochè abbandonato.

Non può dirsi lo stesso per l'isterectomia vaginale, che, rimessa in onore da Czerny (2), nel 1879, per gli esiti felici che ne seguirono, si diffuse rapidamente in tutti i centri scientifici, e suscitò non poco entusiasmo nei chirurgi e ginecologi tanto stranieri che italiani. E tra' nostri, i primi che seguirono l'esempio furono il Corradi di Firenze, il Bompiani (3) di Roma, il Ruggi (4) di Bologna, il D'Antona (5) di Napoli, il Bottini di Pavia (6). Però si debbono a quest'ultimo ardito ed abilissimo operatore i primi due casi favorevoli conseguiti in Italia. Consecutivamente i più eminenti chirurgi e ginecologhi fecero a gara per eseguire quest'operazione, riportandone ognuno risultati più o meno soddisfacenti. Ed io, umile cultore di ostetricia e ginecologia, avevo in animo di porre ad effetto questa grave operazione, che non potei eseguire pria del 1887, epoca, in cui mi si offerse la prima occasione nel mio esercizio privato, che del resto avevo iniziato da pochi anni. La donna affetta da carcinoma al collo dell'utero, la ricoverai nella mia piccola Casa di Salute, che avevo aperto allora in un sobborgo

della città (Mezzomorreale). Siccome, lo confesso ingenuamente, non avevo assistito mai a questi atti operativi, e solo mi ero esercitato sui cadaveri, ed avevo fatto una serie di esperimenti sugli animali (7), ero veramente trepidante nell'esordire con un avventuroso intraprendimento, molto più, che fino allora in Palermo, e forse in Sicilia, nessuno fra i tanti chirurgi e ginecologi, chiari per ogni titolo, aveva rivolto il pensiero alla cura radicale del cancro dell'utero. Ad ogni modo, mi decisi operare quella donna col metodo Freund, non potendo mettere in esecuzione quello vaginale a causa del volume dell'utero, il triplo del normale, e delle ovaie alquanto ingrossate e dolenti; non che per il collo uterino, che con la massa a cavolfiore, riempiva quasi tutta la vagina. L'operazione decorse rapida e senza incidenti, ma disgraziatamente l'operata, dopo 11 giorni, soccombette alla peritonite. Dolente di questo primo esito infausto, ma non sconfortato, giacchè perdei l'inferma, anche per ragioni estranee all'operazione, come farò conoscere in seguito, nel Maggio del 1888 operai un' altra donna affetta di cancro all'utero, col metodo vaginale, e mentre questa era convalescente, ne operai una terza affetta di egual morbo, collo stesso metodo. Avendo visto guarire entrambe rapidamente, nel Giugno del 1891 ne operai una quarta per la stessa malattia; però essendo in questa donna il corpo dell' utero alquanto ingrossato, come nel primo caso, credei necessario di adoperare il metodo Freund-Martin. L'esportazione dell'utero riuscì piuttosto rapida, ma disgraziatamente l'inferma spirò per schok pria di chiudere la ferita dell'addome.

Colla pubblicazione di questi casi, non mi lusingo di averne alcun pro', che anzi m'attendo un meritato rimprovero per le mende del mio operato; però spero che chirurgi e ginecologi insigni, mi useranno tutta la indulgenza, ammirando se non altro la mia sincerità nel pubblicare gli esiti infausti non solo, ma nel notare tutti gli accidenti operatori, cui sono andato incontro, anche nei casi, che sortirono esito piuttosto felice. A questo modo credo debba diportarsi ogni chirurgo, che fa atti operativi gravi; poichè tanto dagli uni che dagli altri possono trarsi utili ammaestramenti.

Con questa speranza mi fo animo di esporre le quattro storie, dividendole in due piccoli gruppi. Nel primo comprenderò le due operate col metodo Freund e Freund-Martin. Nel secondo le altre due col metodo vaginale. Tanto all'uno che all'altro farò seguire alcune

considerazioni, e nel secondo inoltre darò un cenno storico-critico dei varî processi sull'isterectomia vaginale, a cui apportai una mia modificazione, che pria sperimentai sui cadaveri ed in seguito applicai in uno dei miei casi con buon successo.

Primo gruppo. — *Isterectomia addominale.* — Credendo superfluo occuparmi della descrizione di questo metodo, passo dritto alle osservazioni.

Osservazione 1.ª — Carmela A., di anni 40, da Palermo, mestruò la prima volta a 13 anni, e poi sempre regolarmente. Gentilizio immune da tabe cancerigna. Ha avuto tre gravidanze, delle quali, la prima finì con un parto fisiologico, le altre due con aborto l'uno a tre, l'altro a sei mesi. Nell'Agosto 1888, sedici mesi dopo l'ultimo aborto, l'inferma ebbe perdite sanguigne dai genitali senza causa apprezzabile, e tali perdite, diventate frequenti e miste a pus fetido, fecero decidere l'inferma a farsi osservare da varî chirurghi, i quali tutti diagnosticarono il carcinoma all'utero, ma le prescrissero cure palliative. Sopraggiunti dolori insopportabili alla regione sacrale e pubica, la donna chiese il mio consiglio. Ella era di costituzione debole, dimagrita ed oligoemica, con catarro bronchiale.

Tutta la porzione intravaginale del collo uterino era diventata una massa di vegetazioni carnose, che distendevano e riempivano quasi tutta la vagina, ed erano bagnate da un liquido fetentissimo e gementi sangue al solo toccamento.

Con l'esame combinato potei constatare che il corpo dell'utero era alquanto voluminoso, e meno mobile dello stato ordinario; le ovaia erano pure ingrossate e dolenti alla pressione. Il fornice anteriore si raggiungeva agevolmente, ed era libero, scorrevole, depresso. Con grande difficoltà, contornando la massa del tumore, si raggiungeva col dito il fornice posteriore, che era nelle stesse condizioni dell'anteriore. A destra e a sinistra del collo dei fornici laterali non s'incontrava alcuna durezza particolare, come nessun induramento esisteva agli inguini e alle fosse iliache.

Confermata la diagnosi di carcinoma del collo dell'utero, e proposta all'inferma l'asportazione totale, essa non solo annuiva, ma mi sollecitava di operarla.

La mattina del 9 Febbraio 1887, dietro una disinfezione rigorosa della stanza d'operazione e di tutto l'occorrente, con l'aiuto degli egregi dottori Di Bella, Ingria, Correnti e della levatrice signora C. Gallo, procedetti all'operazione. Feci una incisione che partiva poco al disotto della cicatrice ombelicale sino al pube, in previsione di difficoltà nel distacco dell'utero dai suoi punti di attacco. All'apertura del peri-

toneo venne fuori una discreta quantità di siero color citrino. Non incontrai aderenze di sorta, e quindi mi fu agevole praticare la legatura dei legamenti larghi. Introdotto un catetere da uomo in vescica per determinare meglio il suo fondo, dissecai quest'organo, lacerando la porzione utero-vescicale del peritoneo senza il bisogno di alcuna legatura. Feci la dissezione dei legamenti larghi, delle trombe e dei legamenti ovarici, le ovaie vennero comprese con l'utero essendo ingrossate, di colorito turchiniccio e sparse di cisti di varia dimensione. Assicurata la toelette peritoneale e l'emostasi dei peduncoli dei legamenti larghi, feci l'incisione del fornice posteriore, non senza gravi difficoltà, dissecai indi con pazienza e delicatezza la parete vagino-uterina dalla vescica, ed asportai l'utero. Fatta la sutura dei lembi peritoneo-vaginali, passai tosto alla sutura delle pareti addominali con 14 punti tra profondi e superficiali, e completai la medicatura zaffando la vagina con garza al jodoformio. Non adoperai drenaggio.

L'inferma rimessa a letto sopportò bene l'operazione, che decorse senza incidenti, benchè durò un'ora e mezzo. La sera dell'operazione, notammo vomito ostinato, leggero meteorismo, temperatura a 37°. La mattina del dì seguente, il vomito era più intenso e più notevole il meteorismo; però i polsi erano regolari e la temperatura normale. Al terzo giorno, persistendo gli stessi disturbi, a quei rimedî somministrati fino allora all'inferma, aggiunsi un clistere all' 1[1000 di naftol, dietro uno semplice di latte di crusca ed olio. Dopo ciò, l'inferma s'intese risollevata, in quanto che diminuì il meteorismo e cessò il vomito. Fino al 7.° giorno, epoca in cui fu rimossa la prima volta la medicatura, nutrivamo speranza di guarigione, tanto più, che sino allora l'inferma era stata apiretica; però quando nella ferita addominale, notammo che qualcuno dei punti aveva largamente suppurato, subentrò in noi lo sconforto; senonchè, rinnovata la medicatura in quel dì medesimo, l'inferma passò il resto della giornata e della notte seguente in condizioni buone tanto che si ridestò in noi la speranza di guarigione. Però una vecchia zia di quella disgraziata, eludendo la vigilanza della mia infermiera, le diede a mangiare, oltre la dieta ordinaria, sedici uova toste e alquanti dolciumi di cattiva qualità, che bastarono a riaccendere i dolori all'addome, il vomito, il meteorismo, ed a provocare una ostinatissima diarrea, che fu ribelle a tutti i mezzi messi in opera, sicchè trascorsero altri tre giorni volgendo l'inferma sempre in peggio, fino a che la notte del 20 Febbraio, dopo 11 giorni cioè dall'operazione, la disgraziata cessava di vivere.

All'autopsia, che feci in compagnia col dott. Correnti, 36 ore dopo la morte, con permesso dei parenti e dell'autorità, nella sala mortuaria del cimitero de' Rotoli, notai sulla linea alba, che da due punti di sutura non adesi, veniva fuori pus icoroso, e riaperta la recente cicatrice, profondamente esisteva una escavazione per perdita di sostanza mu-

scolare, avente il fondo bigiccio; però non eravi comunicazione col sacco peritoneale; non ostante ciò, questo era bigio ed ispessito, e nelle parti declivi di esso, tra vescica e retto, eravi poco essudato di cattivo odore. Il retto era ricoperto di essudato appiccicaticcio, i peduncoli ovarici e dei legamenti larghi perfettamente cicatrizzati e ricoperti di essudato alquanto denso; i lembi peritoneo-vaginali erano aderentissimi. Nessuna diffusione di neoplasma eravi ai gangli intrapelvici.

L'utero era lungo cm. 9, molto ingrossato nel suo corpo e nel collo. Questo mostravasi invaso da una massa neoplastica irregolare, bernoccoluta, in diversi punti spappolata per le manovre operatorie. Le ovaie erano alquanto ingrossate, di colorito turchiniccio e degenerate, presentavano numerose piccole cisti. Le tube erano ipertrofiche, presentavano l'estremo fimbriato cosparso anche di piccole cisti.

La mucosa della cavità uterina di un colorito grigio-rossastro, a superficie liscia e rammollita, era spessa mm. 2 1|2. La mucosa del canale cervicale presentava delle rilevatezze.

Al microscopio la mucosa di tutto il corpo presentava i caratteri manifesti dell' endometrite interstiziale. Molto indistinto era il limite tra muscolare e mucosa, l'epitelio di rivestimento era in gran parte sfaldato. La mucosa del canale cervicale era infiltrata da elementi cellulari assai numerosi vicino alla neoplasia a cellule cilindriche.

Osserv. 2.ª — È soggetto della presente osservazione Oliva L. P., da Palermo, di anni 54, donna di alta statura, robusta, ma sciupata da vita licenziosa. Ebbe la prima mestruazione a 13 anni, e le continuò in seguito sempre regolarmente, meno il periodo di dismenorrea ed il tempo di una sola gravidanza terminata con la nascita di un maschio. Nell' anno 1878, l'inferma fu operata di gozzo dal non mai abbastanza compianto prof. Albanese, con felice esito. Non ebbe a soffrire altre malattie. Nel mese di Agosto 1890, cominciò ad accusare vaghi dolori ai lombi, alla regione sacrale, agli inguini ed all'ipogastrio, e dopo qualche giorno sopraggiunse scolo dall'utero, prima purulento, poi misto a sangue, ed a quando a quando addirittura sanguinolento. Nel mese di Maggio 1891, l'inferma chiese il mio consiglio, quando i dolori erano intensi tanto che non calmavano alle alte dosi di morfina, e le emorragie ripetute avevano mutato il suo robusto organismo in floscezza di debole invalida. Contribuì a ciò non poco un penosissimo tenesmo della vescica, che da qualche giorno affliggeva l'inferma, ma che era scompagnato da lesioni vescicali, giacchè l'orina all'esame chimico microscopico si mostrò sempre normale.

L'addome era voluminoso e sformato, per le grasse pareti ricascanti, attraverso le quali si riusciva a toccare un tumore duro, liscio, che dalla piccola pelvi saliva sino alle fosse iliache circa quattro dita trasverse al disopra del pube.

Con l'esplorazione combinata potei constatare che il tumore era spostabile dall'alto al basso. Introdotto il dito più profondamente che mi fu possibile nella bocca uterina, ch'era beante, potei imprimere all'utero movimenti di lateralità, ma assai limitati, forse a causa del volume del tumore riempiente la pelvi. Al riscontro rettale, spingendo il collo in avanti, constatai che, non ostante il tumore riempisse la pelvi, il corpo si abbassava verso il sacro, e la base dei legamenti larghi offriva un certo grado di resistenza, ma non eravi alcuna nodosità. Con l'esame più accurato non rilevai alcuna massa di gangli linfatici iliaci e lombari.

L'esplorazione fatta per mezzo dello speculum mi portò a cognizione di una vasta ulcera alla sede del collo dell'utero, di forma irregolare, profonda da interessare il collo, che era interamente distrutto, con noduli di varia grandezza ai margini. I fornici anteriore e posteriore erano invasi per circa un centimetro e mezzo dalla neoplasia. Il risultato dell'esame obbiettivo fu sufficiente per confermare la diagnosi di carcinoma, originato probabilmente dalla cervice e diffuso poi al corpo, il quale erasi alquanto ingrossato. La vescica ed il retto non rivelarono alterazione di sorta; sicchè non c' erano controindicazioni per l'estirpazione totale dell'utero, che per il suo enorme volume, non potendo mettere in esecuzione il metodo vaginale, anche sorretto dal parere degli egregi dott.i Di Bella, Aversa, Crima, Leone, adoperai il metodo Freund-Martin.

Naturalmente non mancai di portare il vero stato delle cose a cognizione dei parenti dell'inferma, trattandosi di una malattia, che andava verso esito infausto, e di un atto operativo, i cui risultati erano incerti anche in mani delle mie assai più abili. Incoraggiato dal voto dei parenti e dalla sollecitudine che mostrava l'inferma, la quale voleva ad ogni costo dar termine a tante sofferenze, mi decisi di operarla con tutti gli accorgimenti, sperando se non in una guarigione radicale, almeno per prolungare la vita della paziente e renderla meno penosa.

La mattina del 9 Giugno dello stesso anno, in una stanza dell'abitazione dell'inferma medesima, fu disposto tutto l'occorrente per l'operazione.

La cloronarcosi fu affidata al medico curante Antonino Leone, la esplorazione continua dei polsi al dott. Aversa, gli strumenti al dottor Crima, l'assistenza immediata al dott. Di Bella, per gli aghi ed altre incombenze secondarie furono incaricate le distinte levatrici signore Lo Cascio e Lodrini. Superata una notevole resistenza all'azione del cloroformio, feci una incisione alle pareti addominali, deviante a sinistra dell'ombelico di cm. 2, da 6 cm. sotto l' appendice xifoide al pube. E ciò non solo per il volume del tumore, ma anche a causa del denso pannicolo adiposo, poichè non avrei potuto giungere in cavità per una piccola breccia, trovandomi di fronte ad uno dei casi di donne

polisarciche, che in generale sono assai malagevoli per l'operatore. Incisi pelle e pannicolo adiposo, il grosso strato muscolare, la guaina aponevrotica dei muscoli retti medesimi, e quindi un altro strato denso di grasso preperitoneale, il peritoneo. Comparve l'utero liscio e splendente come levigato alla superficie, di cui afferrai il fondo con forte pinza, ma appena impressi all'organo un leggero spostamento verso destra, dal fondo della pelvi venne una discreta quantità di sangue, causato dalla rottura di un ramo dell'arteria uterina, ma che afferrai subito con una pinza emostatica che lasciai in sito. Isolato da questa parte il tumore sino alla volta vaginale, previa legatura ed incisione del legamento largo, potei rialzare il tumore sino in prossimità dell'apertura dell'addome e fare la legatura e la recisione dell'altro legamento largo. I vasi alla superficie dei monconi vennero legati isolatamente. Completato il distacco dell'utero con molta delicatezza dalla vescica, e la parte posteriore dell'utero dal retto, procedetti alla dissezione degli attacchi vaginali. In tal modo tutta la massa uterina compresa la porzione vaginale del collo, la portai fuori dell'addome, con molta facilità, non avendovi impiegato che solo 20 minuti dalla prima incisione. Assicurata l'emostasia intrapelvica, affidai le pareti addominali ad uno dei miei aiuti, e passai dalla via vaginale a fare la dissezione dei fornici al di là del punto ove diffondevasi la neoplasia. Completato questo piccolo, ma delicato atto operativo, mi restava solo a chiudere il ventre, quando con mia sorpresa, mi accorsi che l'inferma era già sformata in viso, con schiuma alla bocca, con polsi impercettibili, e nonostante avessimo adoperato tutti i mezzi dell'arte (respirazione artificiale, corrente elettrica, iniezioni ipodermiche di etere e di caffeina), non potemmo vedere ridestarsi la disgraziata donna.

Turbato non poco per l'inaspettata catastrofe, ma con la fermezza d'animo di cui dev'essere dotato ogni chirurgo in simili contingenze, feci, col solo aiuto dei dottori Di Bella e Crima, la sutura superficiale delle pareti dell'addome, a solo scopo di non lasciare il cadavere deturpato.

Per questo fatto, da qualche specialista, e forse anche da qualche chirurgo, fui accusato insieme a' miei colleghi, non potendo di altro, di temerarietà, sostenendo dinanzi al Giudice istruttore l'inoperabilità di quella donna. (Non è a dire che in quell'epoca in Palermo tutte le malate di cancro erano dichiarate inoperabili). Però il chiariss. prof. Santi Sirena, il quale esaminò l'utero innanzi ai di lui assistenti Pernice, Alessi, Scagliosi, Pollaci, con quella finezza che lo distingue, dimostrò in modo evidente le condizioni favorevoli dell'operabilità. Sull'autorevole parere poi dato dagli illustri prof.i M. Pantaleo, Montalti, e dagli

egregi dott. Maggiore Alvaro e dall'ostetrico Urso Ortega, la calunniosa accusa venne rigettata da magistrati integerrimi, in maniera solenne e senza alcun riserbo.

E non poteva essere altrimenti, giacchè l'accusa basandosi solo sulla diffusione del processo morboso, e quindi sull'inoperabilità, veniva smentita dal fatto che nel caso in parola, se eccettui l'erosione del collo uterino invadente anche porzione di vagina, tanto alla parte anteriore che posteriore, non eravi altra diffusione agli organi circonvicini, come era stato constatato ripetute volte all'esame obbiettivo da me e dagli egregi miei colleghi. Del resto, sino a quale grado di diffusione della neoplasia cancerosa, chirurghi e ginecologi eminenti si erano spinti fino allora a praticare l'isterectomia addominale e vaginale, è noto a tutti coloro i quali si occupano di ginecologia. Sarebbe cosa superflua per ciò, ch'io m'intrattenessi qui; però credo utile, per chi ne ignori, o ne volesse ignorare i fatti, che ne faccia un breve cenno, se non altro per legittimare meglio il mio operato.

L'estirpazione totale dell'utero per cancro nei casi in cui questo avea distrutto tutto il collo, e avea invaso il fornice vaginale anteriore e posteriore, e si era diffuso anche al di là del terzo superiore della vagina, era stata praticata dalla maggior parte dei chirurghi e ginecologi (8). Difatti Schwarz (9), praticò l'asportazione dell'utero nei casi in cui la neoplasia era diffusa al di là dei due terzi superiori della vagina; Terrier ed Hartmann (10), operarono nei casi in cui erano presi di cancro i cul di sacchi vaginali; Richelot (11), utilizzò solo 28 casi del suo materiale statistico, poichè in tutti gli altri casi la diffusione del carcinoma era tale che l'isterectomia venne fatta a solo scopo palliativo: Pawlik (12), estirpò il parametrio, dopo di aver collocato delle sonde negli ureteri, per riconoscerli ed esaminarli; il Martin (13), sopra 64 estirpazioni di utero per cancro, 28 volte lasciò l'operazione incompleta, non avendo potuto togliere tutti i tessuti invasi dal neoplasma; il Thiem (14), nella 61.ª riunione dei medici e naturalisti tedeschi, tenutasi a Colonia nel Settembre 1888, sostenne che l'isterectomia vaginale anche nei casi, che si sogliono chiamare inoperabili, sia la migliore cura palliativa. Chirurghi esimii hanno fatto l'estirpazione totale dell'utero anche nei casi d'infiltrazione estesa alla vescica, ad uno degli ureteri ed al retto, provvedendo colla cucitura consecutiva di quegli organi, e con l'asportazione del rene per prevenire la fistola ureterica. Altri

ancora, non meno rispettabili, non credettero controiondicata l'isterectomia nei casi in cui avevano constatato l'indurimento e l'accorciamento dei legamenti larghi e dei legamenti utero-sacrali, ed anche quando l'utero era ingrossato straordinariamente, ed aveva contratto delle aderenze patologiche, o vi era infiltrazione delle glandole linfatiche del bacino. Difatti Kraske, Herzfeld, Roux, Zuckerkandl, Hochenegg, Hegar, Terrier ed Hartmann, ed i nostri Novaro, Ceci, ecc. fecero la asportazione dell'utero dalla parte posteriore o via sacrale, allo scopo di aprirsi una breccia più larga, onde poter togliere tutto il tessuto canceroso. Con ciò non intendo dichiararmi seguace della pratica di sì eminenti chirurghi, che anzi credo fermamente, che questo metodo è da rigettarsi, perchè se un cancro è troppo esteso per essere tolto dalla vagina, la riproduzione seguirà ben presto all'operazione, se si ricorre per la via sacrale, oltre che le ammalate corrono più rischi immediati.

Ed ora, tornando all'Oliva, la diffusione del carcinoma, in rapporto ai fatti suesposti era tale da farci indietreggiare dall'intervento operativo? L'utero era ingrossato, ma liscio e mobile, i legamenti larghi erano sani e liberi, i gangli linfatici non erano presi dal processo morboso; intanto l'inferma era divenuta oligoemica per le ripetute emorragie e per i dolori atroci, che non calmavano alle alte dosi di morfina, oltre che la secrezione purulenta dalla vagina arrecava disturbi nocevoli ai parenti e a sè stessa. Atteso ciò, l'operazione poteva togliere di mezzo l'emorragia e lo scolo nauseante, e poteva quindi migliorare l'inferma da quello stato lagrimevole. Che se essa ebbe esito infausto, ciò non deve recar maraviglia, quando i più grandi campioni della chirurgia italiana, come feci conoscere nel principio di questo scritto, ebbero tutti esiti esiziali.

E pria di finire non posso far passare sotto silenzio che uno dei miei accusatori, solo un mese prima del mio insuccesso, era incorso, ma per diversa operazione, nella medesima disgrazia, come appresi dalla sua bocca medesima, all'Accademia medica di Palermo; colla differenza però che la morte della sua operata avvenne *cinque minuti dopo l'operazione!!!*

Secondo gruppo. — *Isterectomia vaginale.* — Quando non havvi grande sproporzione tra la vagina ed il volume dell'utero canceroso, e non esistano complicanze patologiche da parte degli annessi, da tutti i

ginecologi e chirurghi oggi concordemente si preferisce l'isterectomia vaginale. Questo metodo, nonostante le difficoltà tecniche, e gli accidenti cui si può andare incontro (ferita del retto, della vescica, degli ureteri, ecc.), resterà sempre l'operazione tipica. Però la tecnica operativa ha subìto varie modificazioni, secondo i casi ne differiscono per diffusione del neoplasma, per la forma ulcerosa ed ipertrofica, per la lacerabilità dei tessuti, per l'angustia e rigidezza della vagina e della vulva, per lo stato del cuore e dei reni, per la resistenza organica. E sebbene da esimi ginecologi si ritiene che tali modificazioni abbiano una influenza relativa sull'esito finale (15), pure, io credo, che importa ben studiarle e averle in ogni caso tutte presenti; affinchè l'operatore possa giovarsi or dell'una or dell' altra, per riparare al bisogno con molta prontezza agli accidenti operatorii, non essendo sufficiente, il più delle volte, ricorrere ad un solo processo, per fare l' asportazione completa della neoplasia. Da quanto son venuto dicendo, non credo cosa del tutto oziosa dare un cenno storico-critico dei vari processi apportati al metodo classico, tanto più che alcuni di essi escogitati dai nostri chirurghi, non figurano nelle opere più recenti di ginecologia. Però ad essi credo utile far precedere la descrizione del metodo classico, onde farne vedere meglio le differenze a coloro i quali non sono famigliari con questa operazione. Dopo farò seguire la mia modificazione.

Metodo classico o di Czerny-Recamier. — L' estirpazione dell' utero dalla vagina consta di quattro distinti tempi, o momenti: 1.° apertura del fornice vaginale e corrispondente recesso peritoneale; 2.° capitombolo della matrice; 3.° isolamento dell' utero dalle sue appendici; 4.° esportazione.

La vagina ed il cavo uterino vengono rigorosamente disinfettati con ripetute irrigazioni quotidiane antisettiche pria dell'operazione.

Applicato lo speculum di Simon ed i divaricatori vaginali di Hegar in modo da conseguire il maggior spazio possibile, si afferra il collo con pinzette ad uncini, si stira in basso per quanto si può e si procede tosto al primo tempo dell'operazione cominciando ad incidere trasversalmente il fornice anteriore o posteriore, secondo che per eventuale inclinazione dell'utero si giudica di penetrare nel cavo peritoneale dal recesso anteriore o dal fondo del Douglas. In condizioni normali, si preferisce aprire il fornice anteriore.

Aperto il peritoneo, s'introducono per l'apertura gli indici di ambo le mani, e con movimenti eccentrici si disseca e si denuda tutta la parete anteriore dell'utero, giungendo gradatamente sino al fondo, ovvero ricorrendo ad una pinza, che sulla guida dell'indice sinistro si porta fino sul corpo della matrice, e, abbandonata allora la presa fatta precedentemente al collo colla pinza di Mouzeux, si tira sul corpo in modo che la regione superiore dei legamenti larghi provvista delle sue ali vada in basso e la base di detti legamenti in alto, compiendo così il secondo tempo; allora il chirurgo confida la pinza ad un aiuto, il quale ha cura di guidare così la matrice a destra e a manca, a seconda dei bisogni dell'operatore. Si passa così al terzo tempo, cioè all'isolamento dell'utero dai suoi annessi, cominciando prima a sinistra della paziente e poscia a destra, a suddividere con altrettanti lacci le appendici dell'utero, tuba, legamento rotondo, legamento largo. S'incide poscia fra due lacci periferico e centrale lo spazio ad arte lasciato, per modo che, con l'incisione fatta sull'ultimo laccio, l'utero trovasi affatto separato dai suoi annessi, e tiene solo al fornice posteriore dalla vagina. Si libera da questa recidendo con un colpo di forbice.

Rimosso l'utero, l'operazione è compiuta, e, previa accurata emostasi, si procede alla medicazione, ed ordinariamente si limita all'installazione di un grosso tubo da drenaggio nel cavo peritoneale, che decorrendo per la vagina si arresti al margine vulvare, in modo d'avere un completo efflusso dei liquidi, che si possono raccogliere vuoi nel cavo peritoneale medesimo vuoi nel cavo vaginale. I lacci apposti alle differenti sezioni delle appendici uterine vengono raccolti e riuniti in un solo fascio, che pende dalla vagina, ove s'introducono batuffoli di bambagia antisettica.

La cura consecutiva deve uniformarsi alle cautele antisettiche le più rigorose.

A rilevare gli inconvenienti e le difficoltà operatorie, che s'incontrano nell'eseguire l'estirpazione della matrice dalla vagina col metodo classico testè descritto, è d'uopo ricordare pria di ogni altro, che nella maggioranza dei casi, l'epitelioma dell'utero affetta due distinte forme, l'ulcerosa cioè, e l'ipertrofica. Ora, nel primo caso, essendo il collo uterino corroso, quasi distrutto, non è meccanicamente possibile l'operazione, chè non si ha una presa sufficiente per abbassare l'utero, e procedere ai varii tempi della medesima. E perchè non si creda ch'io

esagero, cito il Martin, il quale ha perduto varie ammalate di emorragia, senza riuscire a fare il capitombolo. Ed il prof. D'Antona, in un caso simile, non riuscendovi, dovette ricorrere al metodo Freund, che nemmeno corrispose, giacchè l'operata morì dopo 9 ore di collasso. Anche parecchi casi occorsi al Bardenheur, che finirono colla morte, si devono alla difficoltà di fare il capitombolo; per cui il valente operatore, in simili emergenze, ha preferito di ricorrere al metodo Freund. Potrei citare un gran numero di operatori, che sono incorsi nelle medesime difficoltà per la stessa ragione.

In uno dei miei casi, in cui il collo era anche completamente distrutto, incontrai difficoltà nell'eseguire il capitombolo gravi tanto, che l'operata guarì dopo di aver superato una serie di accidenti, che esporrò dettagliatamente nella storia relativa. In un altro caso, a cui apportai la mia modificazione, ebbi a superare anche inconvenienti non meno serii, però non furono dovuti al capitombolo, che riuscì invece facilissimo, ma ad altra causa, come si potrà rilevare dalla esposizione del caso.

Per la seconda forma, per quella cioè ipertrofica, quando trattasi di una massa a cavolfiore cospicua, che riempie porzione o tutta la vagina, oltre che l'evoluzione dell'utero rimane un compito assai arduo e malagevole, giacchè viene spesso a mancare la presa per lacerabilità della sostanza, che spappolasi sovente, come massa cerebrale, vi ha anche il pericolo di emorragia e d'infezione settica per l'icore o siero, che vi cola da quella neoplasia.

Non conto poi il tempo abbastanza lungo, che esige l'isolamento delle dipendenze uterine, dovendosi impiegare almeno 12 legature, sei per parte, nè l'inconveniente, che adduce sovente il tubo a drenaggio, notato già da tutti gli operatori.

Sembra che sia stato il Bottini (16), che abbia portato la prima modificazione al metodo classico; difatti egli ad evitare alcuno dei suaccennati inconvenienti, fa precedere all'isterectomia l'amputazione del collo dell'utero, del neoplasma e del cercine vaginale con l'ansa termo-galvanica. Mercè tale modificazione, oltre di facilitare l'evoluzione o capitombolo dell'utero si mette al sicuro di una mortale emorragia, ed evita la contaminazione settica del peritoneo. Del resto non fa nè più nè meno di quello che si pratica col metodo classico. Senonchè alle pinze di Mouzeux, che stirano il collo dell'utero in basso vi so-

stituisce, per mezzo di un robusto ago ricurvo un cordoncino di seta, che funge di presa e governo; pratica lo stesso per il fondo dell'utero dopo che lo capovolge con un uncino doppio nascosto; invece di tenerlo fisso con le pinze di Nélaton, vi sostituisce un cordoncino di seta, e alle legature delle appendici dell'utero, tuba, legamento rotondo, legamento largo, dal canto dell' utero, invece di lacci preferisce usare robuste pinze. Inoltre preconizza di sostituire al drenaggio a T di gomma un tubo di vetro, e fare legature perdute delle dipendenze uterine, invece di lasciare i capi dei lacci in vagina, che, non servendo a nulla, possono diventare il veicolo di una putrida infezione.

Se il Bottini, dopo l'ablazione della neoplasia, mercè cui si è messo al riparo dell'emorragia e dell' infezione, avesse aperto tutti e due i fornici anteriore e posteriore, praticando preventivamente la forcipressura della base dei legamenti larghi, e incidendo rasente l'utero, il capitombolo sarebbe avvenuto più agevole, e l'isolamento dell'utero in più breve tempo, essendo stata sufficiente una o due legature solamente per liberarlo dalle sue dipendenze.

Il Martin (17), qualche tempo dopo, apportò la seguente modificazione all'isterectomia vaginale. Egli procede dal fornice posteriore, penetra nello spazio di Douglas; allora, con un ago fortemente curvo, piazza una serie di piani di sutura tutto in giro all'incisione vaginale, comprendendo tutto lo spessore dei tessuti sino al peritoneo inclusivamente. Abbisognano a far ciò da 4 a 5 suture, e se nella dissezione del cul di sacco del Douglas, come capita sovente esistono aderenze, egli va in alto e vi pratica altri due o tre piani di sutura. Compiuta l'emostasia del Douglas, passa alla legatura dei legamenti larghi dall'indietro all' innanzi, in due o tre porzioni per ogni lato. Separa l'utero dalla vescica e fa la sutura peritoneo-vaginale per arrestare la emorragia, come per la parte posteriore. Indi fa la dissecazione delle inserzioni vaginali ai lati del collo in corrispondenza delle legature. Il collo dell'utero è così ben disimpegnato circolarmente, fino al suo limite superiore. Il capitombolo è favorito tirando il collo in avanti, e facendo trazioni sul fondo dell'utero in basso, sia colle dita, sia per mezzo di una pinza di Mouzeux curva, che lo arrovescia contro il retto, e attraverso la ferita, lo spinge in vagina, e fuori vulva. Questa manovra viene favorita dalla doccia formata con una valva di Simon o con un retrattore spinto fino nello spazio del Douglas.

A questo punto, fa la legatura in tre porzioni, della tuba, del legamento utero-ovarico e rotondo da un lato; poscia ripete lo stesso per l'altro. Per il drenaggio adopera un tubo di caoutchouc a croce.

Il processo di Martin, a dir vero, è dei più ingegnosi; però è alquanto complicato, e se viene eseguito dal suo autore, con grande rapidità e correttezza, ciò si deve alla sua rara abilità, che da natura non è sempre concessa a tutti gli operatori in simil guisa.

Comunque, le sue varianti apportate al metodo classico, anzichè modificare, credo, complicano il suo procedimento. Difatti, gittare tutti quei punti circolari nel fornice posteriore e anteriore, specie se l'utero non può scendere a fior di vulva, oltre che è disagevole e fa perdere un tempo prezioso senza necessità, la sutura circolare dei lembi peritoneo-vaginali, dà l'inconveniente di costituire un canale che mette in comunicazione diretta la mucosa vaginale con la sierosa del peritoneo. Inoltre non saprei dire quanto possa essere utile, portare tre legature all'estremo vaginale dei legamenti larghi, dall'indietro all'innanzi, stando ancora l'utero in sito. Sopratutto poi, non si mette al riparo dall'emorragia e dall'infezione, a causa dei maneggiamenti fatti sulla neoplasia, che non asporta preventivamente.

Il prof. D'Antona (17), a rendere più semplice il processo Martin, penetra nel fornice posteriore, incidendo e lacerando i tessuti, e a questo modo evita la sutura circolare dei fornici, e difficilmente ha sangue. Alla base dei legamenti larghi, invece di portare tre legature per ogni lato, come fa Martin, adopera una sola legatura. E a conseguir ciò, agli estremi dell'incisione del fornice posteriore, innalza due altre incisioni superficiali vaginali, che hanno lo scopo di tracciare il solco ove dovrà approfondarsi e fissarsi il filo della legatura. Esclusa così la parete vaginale, la massa compresa tra il filo, si riduce ai nervi, vasi e connettivo, e con una sola legatura che fa da dietro in avanti, come il Martin, si mette meglio al sicuro che con tre legature. Indentro di essa legatura poi, per maggior sicurezza, applica un forte klemmer, e disseca l'utero. Ripete lo stesso dal lato dritto. Lascia integro il fornice anteriore, per evitare l'infezione, che può venire dalla neoplasia del collo durante il capitombolo, che esegue come il Martin. Fa la legatura delle appendici uterine in tre porzioni, e indi pratica la dissezione dell'inserzione vaginale in avanti e della vescica con l'utero.

Raccolti insieme tutti i margini e lembi perineali, vi affonda una lunga striscia di garza e molta quantità di jodoformio, quando quella piccola fenditura peritoneale è ridotta così, allora, vi alloga un grosso e rigido tubo da drenaggio, la cui ansa serve a sostenere quel po' di garza di chiusura; dopo di che, tutto il canale vaginale, attorno del tubo lo imbottisce con la stessa garza e jodoformio.

Come si vede, il D'Antona ha semplificato di molto la tecnica del Martin, poichè col suo procedere, oltre che evita la sutura circolare dei lembi peritoneo-vaginali, risparmia di fare la legatura in tre porzioni, dei legamenti larghi, ma giacchè adopera forti klemmer, per l'emostasia dell'arteria uterina, perchè non fa a meno di quel primo laccio, che oppone all'estremo dei legamenti larghi, stando ancora l'utero in sito? perchè quell'ingegnoso artifizio senza necessità? col pericolo anzi, di comprendervi l'uretere nella legatura? Non avrebbe semplificato la tecnica servendosi delle sole pinzette, per ottenere l'emostasia preventiva dell'arteria uterina? E poi, lasciando integro il fornice anteriore, fino all'ultimo, per opporre una barriera all'infezione, il capitombolo ne viene grandemente difficoltato, specie se il collo è distrutto, e l'utero molto ingrossato e molle, sfugge alle trazioni fatte sul fondo, come già è avvenuto a lui stesso, ed a me, in uno dei miei casi, in cui seguî il suo processo. Nel mio caso invero, riuscî a capovolgere l'alto fondo, e portarlo fuori vulva, dopo che feci la dissezione dell'inserzione vaginale in avanti, e della vescica con l'utero. Il D'Antona invece, fu obbligato trasportare l'intero organo quasi fuori vulva, lasciandolo in direzione normale.

(Continua).

LA TIROIDE IN GINECOLOGIA

PEL

Dott. M. R. LATIS

In un suo lavoro riportato da Bouqué all'Accademia Medica del Belgio nella seduta del 30 Maggio 1896 (1), Hertoghe parla di applicazioni interessanti della tiroidina alla terapeutica ginecologica. Egli dice di aver ottenuto risultati brillanti col trattamento tiroideo in diverse affezioni uterine contro le quali si ha l'abitudine di ricorrere all'intervento chirurgico. E conclude dicendo che tutte le menorragie, qualunque esse siano, sono felicemente influenzate dalla tiroidina; anche le emorragie che riconoscono per causa endometriti ed ovariti anche antiche e perfino le emorragie cancerose.

Ed egli crede che ciò avvenga pel fatto che il succo tiroideo possiede un'azione inibitoria, anemizzante o vaso-costrittiva sugli organi genitali pelvici e quest'influenza si traduce per la diminuzione del sangue perduto in ciascuna mestruazione. I periodi mestruali si allontanano e finiscono collo sparire se si spinge troppo lungi l'uso della tiroidina.

Ho avuto occasione di verificare in 3 casi la realtà dell'asserto e credo non inutile il riportarli:

Signora E. Habboba, da Mansura, d'anni 35, sofferente da 4 anni di menorragie per un'endometrite emorragica: le menorragie si facevano sempre più forti, tanto da divenire vere metrorragie e l'intervallo fra le perdite andava sempre diminuendo, tanto che quando la signora si mise sotto la mia cura era enormemente anemica ed indebolita.

Praticai un raschiamento e cauterizzazione al cloruro di zinco della mucosa uterina: stette bene per 3 mesi, ma poi ritornarono le menorragie e ridivennero troppo corti gli intervalli mestruali.

Provai allora la somministrazione della tiroide. L'ammalata ha mangiato per un mese ogni giorno una ghiandola tiroide di montone (il primo

(1) *Semaine Médicale*, N. 28, 3 Giugno 1896.

giorno un terzo, poi rapidamente aumentando, non osservandosi disturbi, al quarto giorno una intera) ed in seguito ha avuto una mestruazione abbastanza scarsa e un intervallo dalla successiva di 24 giorni.

Nonostante le mie raccomandazioni l'ammalata tralasciò la cura e dopo 2 mesi ritornò di nuovo alle menorragie. Ho fatto riprendere la tiroide: nuova diminuzione nella perdita sanguigna e di nuovo l'intervallo fra i periodi mestruali quasi normale. L'ammalata ora si trova in ottime condizioni.

In un'altra signora affetta da endometrite emorragica:

Signora T. T., da Mansura, di 34 anni, il raschiamento e cauterizzazione della cavità uterina diede un periodo di benessere di soli due mesi. Essendo ritornate le menorragie, si somministrò la tiroide come nel caso precedente.

Anche qui effetto pronto e notevolissimo: dopo due mesi di cura mancò un periodo mestruale, tanto che si sospese la cura.

L'ammalata ora sta benissimo.

Non ha molto osservai il 3.° caso:

Signora Cristina Kersovan, d'anni 26, da Trieste, domiciliata a Mansura: soffre da circa 6 mesi di menorragie e metrorragie da endometrite emorragica.

Venni chiamato per una forte perdita sanguigna che durava da sei giorni.

Prescrissi al momento ergotina, riservandomi di fare il tamponamento vaginale qualora fosse occorso: ma la perdita andò sempre diminuendo per cessare poi del tutto dopo due giorni.

Proposi un raschiamento che non fu accettato: feci fare per un mese la cura della tiroide: la mestruazione successiva fu regolarissima: in questo tempo nessuna perdita fuori del periodo. Ed ora continua la cura.

A proposito di questi risultati mi vien sott'occhio una proposta del dott. E. Casati di Ferrara (1), di escisione della mucosa uterina mediante laparotomia nei casi di endometrite emorragica resistente a curettages ripetuti e nei quali si è qualche volta obbligati di ricorrere all'isterectomia. Ora, grazie all'Hertoghe, possiamo dire che oltre ai curettages ripetuti, disponiamo anche di un altro mezzo terapeutico,

---

(1) *Semaine médicale*, N. 60, Novembre 1896.

quale è la somministrazione della tiroide, prima di ricorrere all' ingegnosa proposta del Casati.

Un'applicazione pure interessante della cura tiroidea la tentai in un caso di osteomalacia puerperale con perdite sanguigne piuttosto forti che osservai in un'altra signora di Mansura (Egitto).

Ancora non si conosce esattamente la causa di questa terribile affezione, ma la considerazione che il metodo di cura più efficace contro questa malattia è incontestabilmente la castrazione, farebbe credere che gli annessi uterini hanno una parte eziologica molto importante.

Il Fehling (1) pensa che la osteomalacia si debba considerare come una trofonefrosi di origine riflessa ovarica. E così poi gli effetti benefici dell'ablazione degli annessi si potrebbero attribuire alla semplice cessazione dell'eccitazione riflessa dei nervi vaso-dilatatori, oppure dalla paresi riflessa dei nervi vaso-costrittori.

Nel 2.° Congresso (2) della Società germanica di ginecologia, tenutosi a Halle nel 1888, il Fehling comunica un'inchiesta su 24 operate superstiti di 40 estirpazioni d' utero secondo il Porro in donne affette da osteomalacia. La maggior parte di queste operate hanno considerevolmente migliorato dopo questa operazione, alcune sono guarite ed hanno ricuperato l'uso delle loro membra: quasi tutte hanno visto cessare a poco a poco i loro mestrui.

Dice che ha 4 casi operati secondo il Porro e che ora stanno benissimo e 3 operate di castrazione collo stesso risultato. In questi 3 ultimi casi ha praticato la castrazione pensando che, dal momento che l'operazione del Porro provoca in ultima analisi una menopausa precoce, si ha il diritto di tentare la castrazione ed ha osservato:

Nel 1.° ovaie piccole senza alterazioni; guarigione abbastanza rapida.

Nel 2.° ovaie piccole e atrofiche: varicosità abbastanza considerevoli degli annessi. Scomparsa dei dolori pochi giorni dopo l'operazione.

Nel 3.° varici occupanti i legamenti larghi, l'arteria d'un calibro eccezionale. Scomparsa dei dolori pochi giorni dopo l'operazione.

Olshausen (3) in una osteomalacia ottenne anche buoni risultati coll'operazione del Porro.

---

(1) Fehling. « Ueber Wesen und Behandlung der puerperalen Osteomalakie. » *Archiv f. Gyn.*, B. 39, H. 2.

(2) *Semaine médicale*, 1888. N. 12, pag. 219.

(3) *Semaine médicale*, N. 22, 30 Maggio 1888, pag. 215.

Il Truzzi (1) ha pure 3 casi di osteomalaciche operate con esito felice di castrazione. E cita pure un caso dell'Hofmeier di una nullipara ridotta in 3 anni dall'osteomalacia in uno stato miserevole e che in meno di un mese dopo la castrazione poteva camminare senza sostegni e senza intensi dolori: ed un caso di osteomalacia puerperale progressiva dello Schauta guarito mediante la castrazione: un caso del Lihotski di una donna che da 3 anni era in preda ad osteomalacia e che, operata appena 26 giorni prima di castrazione, poteva già camminare colle gruccie mentre da mesi era inferma nel proprio letto: e due casi di C. von Braun di guarigione mediante la castrazione.

In questo suo lavoro il Truzzi espone ancora alcune considerazioni sulla eziologia ed i risultati di studii interessanti che ha potuto dare nel 3.° caso. Ha notato che l'alcalescenza del sangue era molto al disotto della media normale. Ma poi ha anche notato una brusca diminuzione dell'alcalescenza poco tempo dopo l'atto operativo, in epoca in cui le sofferenze osteomalaciche erano già molto attenuate.

Per ammettere che l'ipoalcalescenza avesse avuta un'influenza sulla malattia, si sarebbe dovuto notare non una diminuzione ma un aumento dell'alcalescenza dopo l'operazione. Del resto contro l'opinione dell'Heitzmann (2), Schmidt, Weber, Drivon, Mörs e Muck (3), Rindfleisch (4) e Cantani (5), che il rammollimento delle ossa è ingenerato da una dissoluzione dei sali calcarei delle ossa per mezzo dell'acido lattico o di altri prodotti congeneri capaci di portare una ipoalcalescenza, vi sono interessanti osservazioni. Fleiss (6) ha somministrato per molti giorni ad animali dosi enormi di acido lattico (ad un cane arrivò a somministrarne 2286 gr.) senza produrre mai alterazioni simili a quelle dell'osteomalacia. Ed il Cantieri (7) in ammalati di diabete ai quali aveva somministrato acido lattico ad alte dosi e per lunghissimo tempo, non osservò mai il minimo rammollimento delle ossa nè aumento di

---

(1) Truzzi. « Ancora sui risultati della moderna terapia chirurgica in caso di osteomalacia, ecc. » Milano, 1891.

(2) Truzzi, lavoro citato.

(3) Ziemssen. « Pat. e ter. med. spec. »

(4) Rindfleisch. « Traité d'hist. path. »

(5) Cantani. « Del ricambio materiale, » pag. 331-332.

(6) Voit. *Zeitsch. f. Biol.*, XVI, pag. 55.

(7) *Rivista clinica*, Bologna, 1885, N. 8 e 9.

fosfati nelle urine. Il Cohnheim (1) dice che il sangue di un vivente non può divenire acido, ed il Raimondi (2) ha trovato che un coniglio muore prima di ottenere una reazione acida del sangue circolante.

Il Truzzi ha ricercato ancora nelle urine della sua ammalata il propeptone, sostanza il cui reperto venne da taluni ammesso come caratteristico dell'osteomalacia, e in tutti gli esami praticati sia avanti sia dopo l'operazione non ne trovò mai traccia. Come pure non ne trovò il Burani (3) in un caso di osteomalacia maschile studiato pure molto diligentemente. Anche il Burani non trovò nel sangue del suo ammalato alcun acido libero. Ha invece trovato che nell'urina la quantità assoluta dei fosfati terrosi in principio e fino a quando progrediva il processo di dissoluzione ossea, era maggiore della media constatata nell'urina di persona sana.

Ulteriori osservazioni di altri autori hanno dimostrato la contraddittorietà e quindi la non importanza di tale reperto.

Il Truzzi ha anche studiato la questione dal lato batteriologico. In tre successivi esami del sangue trovò costantemente colonie di cocchi riunite a gruppi coll'apparenza di stafilococchi. Aggiunge però che da questo solo caso non se ne possono trarre conclusioni riguardo alla eziologia, anche perchè non ebbe l'opportunità di verificare l'esclusività del reperto nella sola osteomalacia e di fare la prova della inoculazione. Questo reperto che veniva a sostenere l'ipotesi di una origine batterica ammessa dallo Zürn, Kehrer, Winckel, Klebs non ha avuto sinora conferma.

Cantani (4) ammetterebbe l'osteomalacia come un'atrofia ossea progressiva dipendente da una malattia spinale: ma non vi sono dati clinici ed anatomo-patologici in appoggio di questa teoria.

Il Rossier (5) dice che l'esame del sangue ha rivelato diminuzione frequente dell'alcalinità del sangue e aumento delle cellule eosinofile, ciò che sembra essere l'indizio di un'affezione vascolare o simpatica. Lo studio dei suoi casi l'ha condotto agli stessi risultati di Velitz (le

---

(1) Cohnheim. « Lez. di pat. gen. » Napoli, 1884.

(2) *Rivista di Chim. M. e F.*, 1884, pag. 345.

(3) Burani. « Caso classico di osteomalacia maschile. » *Rassegna di scienze mediche*, Giugno, Luglio, Agosto 1887.

(4) *Bollettino delle Cliniche*, N. 12, 13 e 14. Napoli, 1884.

(5) *Sem. méd.*, N. 24, 8 Maggio 1895.

cui osservazioni apparvero prima della pubblicazione delle sue) e cioè: degenerazione ialina della parete vascolare nelle ovaie; alcuna differenza caratteristica nella determinazione quantitativa del fosforo contenuto nell'urina. Trova che la castrazione è un buon mezzo di cura, che però si debbono prima tentarne altri, come ad es. il fosforo: e si propone di provare l'ingestione di midollo osseo.

La questione eziologica dell'osteomalacia è ancora oscura, ma, sia poi che la guarigione avvenga, come vuole il Fehling, per la soppressione dell'ovaio o, come vuole Schauta, per la soppressione della mestruazione o, come vuole Zweifel, per l'impossibilità di nuove gravidanze, il fatto sta che questa malattia è intimamente legata all'apparecchio genitale femminile, come lo dimostrano le casistiche e le osservazioni degli autori succitati.

È vero che si conoscono casi di osteomalacia maschile, come quello del Moses (1), quello che ho già citato del Burani, quello del Comby (2): ma quest'affezione negli uomini è rarissima, secondo il Collineau (3) nella proporzione del 7 al 10 0[0 e, ciò che è più importante, in questa stessa proporzione nelle donne sterili.

Del resto vi sono studii recentissimi del Matthes di Jena (4) il quale aggiunge un nuovo caso di osteomalacia dell'uomo a quelli di Bence-Jones, Kühne, Stokvis, Kahler-Huppert nell'urina del quale ha trovato albumosi primarie. Egli dice che in tutti questi casi le lesioni si trovano sul torace e sul rachide e che si tratta verisimilmente non di una vera osteomalacia, ma di mieloma multiplo svolgentesi col quadro sintomatico dell'osteomalacia. Quindi egli verrebbe a mettere in dubbio anche l'autenticità di questi casi rari, ammettendo, come sarebbe razionale, una genesi diversa pei casi che si verificano nell'uomo e quelli che si verificano nella donna.

Ma non allontaniamoci troppo dal nostro argomento: quello che per noi importa si è di constatare che è una malattia che riconosce come mezzo terapeutico utilissimo le operazioni che in ultima analisi annullano la funzione degli organi genitali pelvici e non solo quelle più radicali come l'operazione di Porro, ma anche la castrazione.

---

(1) *Sem. méd.*, N. 48, 22 Novembre 1893, pag. 330.

(2) *Sem. méd.*, N. 11, pag. 106, 10 Marzo 1887.

(3) Collineau. Thèse de Paris, 1859.

(4) *Sem. méd.*, N. 21, pag. 168, 22 Aprile 1896.

Qui debbo però notare guarigioni ottenute in altro modo come nel caso di Sternberg (1) col fosforo: ma è facile comprendere che in questa, come in altre malattie, la cura sintomatica qualche volta, facendo guadagnar tempo all'organismo, lo mette in grado di riportare la vittoria.

Il Latzko (2) ha voluto provare l'azione dell'anestesia cloroformica ed ha constatato subito dopo la narcosi un miglioramento notevole, sopratutto dal punto di vista dei dolori, ma qualche tempo dopo la malattia riprendeva la sua marcia. Egli crede che se il miglioramento rapido che si osserva dopo la castrazione ovarica può essere attribuito al cloroformio, la persistenza di questo miglioramento è ben la conseguenza della castrazione.

Ulteriormente (3) ne ha curato con questo metodo un altro caso ed anche in questo ne ha constatato l'azione passeggiera, e dice che l'anestesia cloroformica non può esser riguardata come una cura realmente efficace dell'osteomalacia.

Fu pure consigliata la somministrazione di ossa calcinate in seguito alle esperienze del Proesch, che somministrando ossa calcinate fece guarire animali nei quali prima aveva prodotto un'affezione osteomalacica facendo mangiare *herba ossifragos,* ma non vi sono poi ulteriori comunicazioni su questo metodo di cura (4).

Un altro caso di osteomalacia curato col fosforo (un milligrammo al giorno nell'olio di merluzzo) con buon risultato fu comunicato recentissimamente dall'Herz (5).

Dei varii mezzi terapeutici consigliati quello che ha dato i migliori risultati finora, non considerando i mezzi chirurgici, è il fosforo, ma, come osserva il Singer (6), prima di somministrare il fosforo bisogna assicurarsi dello stato del cuore e dei vasi perchè è abbastanza mal tollerato da questi organi, e quindi può essere in qualche caso assolutamente controindicato.

La ghiandola tiroide nei casi dell'Hertoghe e nei miei due casi di endometrite emorragica, abbiamo visto che ha un'azione molto po-

---

(1) *Sem. méd.*, 1891, pag. 174.

(2) *Sem. méd.*, N. 2, pag. 15, 10 Gennaio 1894.

(3) *Sem. méd.*, N. 26, pag. 206, 20 Maggio 1896.

(4) Bouchut et Desprès. « Dict. de Méd., » 1889, « Osteomalacie. »

(5) *Sem. méd.*, N. 58, pag. 467, 18 Novembre 1896.

(6) *Sem. méd.*, ibidem.

tente sulle emorragie che riconoscono per causa endometriti ed ovariti anche antiche. Varii fatti osservati dall'Hertoghe, nonchè la sparizione di un periodo mestruale, li ho notati anche nei miei casi; benchè pochi sono sempre un contributo: pare quindi molto giusto l'ammettere che questa ghiandola possieda un' azione inibitoria sugli organi genitali pelvici. Abbiamo dunque sottomano un medicamento che agisce precisamente su quegli organi che più sembrano influenzare la osteomalacia. Mi sono perciò creduto autorizzato a provarlo in questo caso di osteomalacia puerperale e tanto più in quanto che si ebbe in questa signora anche l' indicazione di abbondanti perdite sanguigne.

Ecco in breve la storia:

Signora Enrichetta P., da Mansura, d'anni 39. Nel gentilizio nulla di notevole. Mestruò a 10 anni e le mestruazioni continuarono regolarmente.

A 19 1|2 anni andò a marito: 9 mesi dopo ebbe una figlia: parto normale: febbre puerperale. Al 117.° giorno fu rilevata una raccolta purulenta che accennava ad aprirsi all'esterno in corrispondenza dell'inguine destro e fu estratto coll'aspiratore circa un litro di pus: otto giorni dopo fu fatta un'incisione col bisturì e la cavità ascessuale continuò a dar pus per 6 mesi. Poi guarì e stette bene: in tutto questo tempo mestruò regolarmente.

Dopo 6 mesi dalla guarigione rimase di nuovo incinta: gravidanza buonissima: parto normale a termine per l'estremo podalico: puerperio normale. Fino a 10 mesi allattò la bimba che era fortissima e che morì poi a 8 anni di difterite. Dopo questo parto e allattamento mestruazioni normali per quantità e per qualità: un anno dopo forti dolori in corrispondenza degli annessi di destra e coliche uterine; furono applicati vescicanti, pomate, cataplasmi: dopo due mesi guarì.

A 26 anni ebbe un'altra bimba: parto, puerperio, allattamento normali: la bimba morì a 2 anni, pare di meningite.

Nove mesi dopo partorì un maschio vivo e sano che morì a 6 mesi di polmonite: parto, puerperio, allattamento normali.

Rimase di nuovo incinta a 30 anni: gravidanza buonissima, parto e puerperio normali, solo dopo tre settimane ebbe una forte febbre per 24 ore che l'obbligò a tralasciare di dar latte; 2 a 3 mesi dopo cominciò ad avere perdite bianche abbondantissime; le mestruazioni più abbondanti e più frequenti, qualche volta anche ogni 15 giorni; dolori al basso ventre, in mezzo e al quadrante destro. Mi dice che prese ricostituenti per un anno circa, che poi fu visitata dal medico che le trovò una piaga nel collo uterino che curò con iniezioni vaginali varie, cauterizzazioni, ecc. e così continuò per circa 3 anni. Dopo

fece i bagni di mare che la migliorarono quanto all'appetito e allo stato generale: localmente statu quo.

Andata in Cairo, fu operata di estirpazione di un polipo del collo dell'utero della grandezza di un ovo di gallina: dopo un mese fu fatto il raschiamento della cavità uterina. Stette poi benissimo e localmente e in generale per un anno.

Dopo questo tempo ricominciarono i disturbi (perdite bianche, mestruazioni abbondanti, ecc.): le fu proposta una nuova operazione che non accettò; allora le furono prescritte iniezioni di creolina, candelette solubili all'jodoformio da introdursi nel canale cervicale e così tirò avanti un po' bene un po' male, sempre le perdite bianche e le mestruazioni abbondanti e spesso, non avendo mai un intervallo maggiore di 20 giorni.

Dopo varii mesi passati in questo stato rimase di nuovo incinta (Luglio 1894): la gravidanza procedette bene nei primi 3 mesi, continuando però le perdite bianche, i soliti dolori. Dopo il 3.° mese cominciarono i dolori al basso ventre, più forti a sinistra: poi sopravvennero dolori alle gambe, più specialmente alla sinistra. Alla fine del 4.° mese percepì i movimenti fetali per 8 o 10 giorni, poi non li sentì più: il ventre diminuì notevolmente e cominciarono dolori violenti a sinistra e fortissimi nell'inguine e nell'anca: dice che provava la sensazione come se l'osso fosse marcio. Impossibile la deambulazione e qualunque movimento dell'arto inferiore sinistro, tanto che per 2 mesi (5.° e 6.°) dovettero trasportarla dal letto alla poltrona e viceversa. In seguito a una cura ricostituente (kola, ferro, ipernutrizione) migliorò tanto da poter camminare, però zoppicando molto e con dolore fortissimo e così passarono il 7.°, 8.° e 9.° mese.

Fui chiamato alla fine dell'8.° mese: all'esame obbiettivo riscontrai: normali gli organi toracici, l'utero arriva all'apofisi xifoide, contiene un feto in posizione trasversa, testa a sinistra, il doppio battito si sente più distinto intorno all'ombellico.

Trovai le seguenti misure del bacino:

Coniugata diagonale	13
Diametro del Baudelocque . . .	21,5
Distanza fra le spine	25,5
» fra le creste	30
Diametro bitrocanterico.	31,5
» bisischiatico.	7,5

Lo scheletro è ben conformato: però la signora mi dice che 12-13 anni sono ha sofferto dolori alla faccia, alle gambe e poi per tutto il corpo: che da 6-7 anni ha notato un ingrossamento dei piedi ed ha dovuto farsi fare scarpe più grandi. Da circa due anni ingrossamento

anche delle mani: sono più specialmente ingrossate le falangi, non moltissimo, ma tanto da rendere le mani piuttosto tozze, mentre prima erano di notevole bellezza.

Fui richiamato la notte del 31 Marzo, cioè alcuni giorni dopo compiuto il 9.° mese, per una forte febbre preceduta da intenso brivido: il termometro infatti segnava 40° C. Da due giorni era cominciato lo scolo delle acque, e di tanto in tanto qualche dolore. Anche al momento i dolori si mantenevano pochi e poco validi: non molto avanzata la dilatazione dell'utero: feto in presentazione di vertice, 1.ª posizione: doppio battito distinto a sinistra al disotto dell'ombellico.

Dopo poco i dolori si fecero forti e continui, si completò la dilatazione e tosto avvenne il parto di una bimba morta da pochissimo, grossa e ben conformata (non valsero a rianimarla i soliti tentativi di respirazione artificiale, trazioni ritmiche della lingua, continuati per più di 3/4 d'ora).

Dopo circa un'ora, avendosi emorragia e non facendosi il secondamento, dovetti ricorrere all'artificiale che mi riuscì molto faticoso essendo tutta la placenta aderentissima all'utero. Premessa una lavanda endouterina fenicata al 2 0/0, feci iniezioni di caffeina essendo rimasta la signora in uno stato grave di spossamento che durò 2 ore circa: poi si rimise e stette bene per due giorni, avendo però dolori moderati alla coscia e anca sinistra.

Poi di nuovo la febbre, non molto forte, ma preceduta sempre da brivido, nelle urine albumina e una quantità grandissima di streptococchi. Feci fare lavande calde fenicate al 2 0/0 vaginali 3, 4, 5 volte al giorno ed una volta, e due, se non cedeva la febbre, le feci endouterine. Per bocca somministrai digitalina in granuli dosimetrici, 2, 3, 4 o 5 milligrammi al giorno secondo lo stato del polso. Dopo qualche giorno scomparve l'albumina dalle urine, che era arrivata fino all'8 dell'apparecchio d'Esbach: anche gli streptococchi diminuirono e successivamente scomparvero, e dopo un mese la febbre era del tutto cessata (1).

Contemporaneamente alla febbre puerperale i dolori nell'anca e coscia sinistra si fecero violenti, poi presero la gamba destra, le braccia, il collo, la colonna vertebrale, più specialmente nella regione sacrale. Impossibile qualunque movimento degli arti inferiori e del bacino, dolorosi per varii giorni i movimenti degli arti superiori e del collo.

Questo stato continuò per tre mesi mantenendosi sempre i più

---

(1) Recentemente il Bartz pubblica (*Sem. méd.*, N. 36, 22 Luglio 1896) splendidi risultati ottenuti coll'uso della digitale ad alte dosi nella pneumonite, come prima ne avevano ottenuti Hirtz, Petrescu, Fikl, Hoepfel e come già aveva dimostrato Traube fin dal 1850 in diverse malattie infettive acute e specialmente nella pneumonite. In questo che descrivo ora ed in altri casi di febbre puerperale la digitale mi ha reso grandi servigi e non ebbi ad osservare fenomeni d'intossicazione digitalica anche quando la cura fu prolungata lungo tempo.

forti dolori in corrispondenza dell'ileo ed arto inferiore sinistro: queste ossa subirono un ingrossamento che ancora oggi si mantiene.

Appena cessata la febbre, provai la somministrazione del fosforo, secondo le idee dello Sternberg (1), ma non fu tollerato. Mi limitai alla somministrazione di ricostituenti (arsenico, fosfatina Fallières, ecc.). Dopo due mesi la signora era abbastanza migliorata, tanto da poter lasciare il letto, servendosi però delle stampelle non potendo adoperare l'arto inferiore sinistro: e per un altro mese le condizioni continuarono stazionarie.

Fu allora che avendo già cominciato a somministrare la tiroide alle ammalate di endometrite emorragica ed avendo già visto un primo effetto, somministrai anche a questa malata la tiroide per quelle considerazioni che più sopra ho esposto.

Quanto alle perdite sanguigne, la signora ne ebbe al 35.° giorno di puerperio una moderata che durò due giorni; una settimana di tregua, poi una perdita abbondante che durò 4 giorni e cedette all'ergotina. In seguito mestruò ogni mese, ma sempre molto abbondantemente.

Ora la signora ha preso quasi ogni giorno durante 5 mesi la tiroide: dapprima 1[3 di ghiandola poi, rapidamente aumentando, una intera glandola di montone. Le mestruazioni sono divenute regolari, il miglioramento dal lato dell'osteomalacia, che era rimasto stazionario, ha ripreso: ed oggi cammina senza bastone e non zoppicando affatto o impercettibilmente. Di tempo in tempo qualche dolore non molto forte all'ileo e arto inferiore sinistro, più specialmente qualche giorno prima dell'epoca mestruale.

Nessun disturbo relativo alla cura: in tutto questo tempo dovette sospendere solo per 2 o 3 volte 2 o 3 giorni la tiroide per una diarrea con un po' di sangue, che cessò il giorno successivo alla sospensione del medicamento.

Benchè la signora fosse già migliorata in seguito ai ricostituenti, pure è razionalmente ammissibile che una parte del miglioramento sia da attribuirsi alla tiroide, la quale se non altro avrà giovato regolarizzando le mestruazioni e quindi anche come ricostituente non indifferente.

Trattandosi di una malattia tanto rara come l'osteomalacia, non sarà facile poter sperimentare su larga scala e vedere se la tiroide abbia realmente un effetto diretto su di essa. Intanto ho creduto non inutile riportare questo caso.

---

(1) Loco citato.

CONGRESSI, SOCIETÀ ED ACCADEMIE

Dott. A. FIORENTINI, docente

Alcune osservazioni istologiche sui cotiledoni dell'utero dei ruminanti (bovini)

Comunic. all'Assoc. Medica Lombarda, Seduta del 30 Giugno 1896

Le mie osservazioni furono rivolte in modo speciale sull'utero dei bovini (1); sono i risultati di studi pratici su materiale tolto da questi animali, ch'io presento oggi alla Società, promettendomi di completarli con nuove osservazioni ed aggiunte che ho già in corso, le quali riguardano l'utero degli ovini. Mi riservo pure in quell'occasione di unire la parte bibliografica che oggi per brevità ommetto.

L'utero dei mammiferi sappiamo che è rappresentato da un sacco muscolo-membranoso, situato nella regione sottolombare, verso l'entrata della cavità pelvica. Esso fa seguito alla vagina e termina colle tube od ovidotti. L'utero dei bovini si compone di un collo a tessuto prevalentemente fibroso, di un corpo corto ed appiattito dall'alto al basso, di due corna che terminano alquanto assottigliate e alle di cui estremità sboccano gli ovidotti. Vediamo ora di richiamare brevemente quali sono gli strati componenti la tonaca uterina, incominciando dall'esterno all'interno.

All'esterno abbiamo lo strato sieroso coperto dal suo endotelio, poi seguono gli strati muscolari a fibre lisce, strati disposti in senso longitudinale dapprima, indi in senso circolare per quelli più profondi; troviamo in seguito lo strato sottomucoso in cui si riscontrano numerosi vasi e dove vengono a diramarsi pure gli infondiboli delle ghiandole otricolari. Viene per ultimo lo strato mucoso contenente alcune fibrocellule costituenti la muscolare mucosa. Il tutto è rivestito dall'epitelio cilindrico vibratile, epitelio che si prolunga nei dotti ghiandolari, i quali sboccano alla superficie della mucosa e che, come abbiamo veduto, vanno a terminare suddividendosi, nella sottomucosa, costituendo delle ghiandole racemose. Noi dobbiamo

(1) Per la conservazione del materiale di studio e la fissazione dei pezzi, mi servii dell'alcool assoluto; della soluzione di sublimato, ordinaria del liquido di Hermann, di Flemming, ecc., le inclusioni dei pezzi le feci, per alcuni in celloidina, per altri in paraffina, e per la colorazione usai l'ematossilina con safranina, o con eosina, il carmino alluminoso, ecc.

ancora accennare ad una particolarità anatomica dell' utero dei bovini, cioè alla presenza di corpi speciali (cotiledoni permanenti), che mancano in quelli degli altri mammiferi, salvo che negli ovini e nei caprini. Questi cotiledoni sono protuberanze che sporgono in numero vario alla superficie della mucosa e che nelle corna si osservano più sviluppate di quelle che siano nel corpo. Queste protuberanze, come risulta dalle presenti mie ricerche, appaiono già al quarto mese nel feto di vitella (1) e la loro costituzione istologica è identica a quella della mucosa dell' utero, salvochè, solo in casi eccezionali, sono attraversati da qualche raro condotto delle ghiandole otricolari. Non si tratta quindi, per quanto riguarda la costituzione del cotiledone, che di un'esuberanza di tessuto mucoso, assumendo il medesimo già nel feto, forma tondeggiante ben rilevabile ad occhio nudo. In una sezione di una corna di utero di un feto di quattro mesi, comprendente anche un cotiledone, osserviamo, sempre progredendo dall'esterno all'interno, che sotto la sierosa appaiono i fasci muscolari, le cui fibre presentano una struttura rudimentale. In prossimità della zona di separazione tra questi fasci ed il tessuto proprio del cotiledone troviamo, in punto centrale, già formati, dei grossi vasi, indi appare il tessuto proprio del cotiledone costituito in gran parte da elementi connettivali pure rudimentali, ed attraversato da vasi di un calibro minore; il tutto ricoperto dal solito epitelio cilindrico vibratile. A questo periodo ci si presenta già un fatto notevole, l'introflessione cioè dell'epitelio in alcuni punti determinati della mucosa e precisamente in corrispondenza della base dei cotiledoni, introflessione che ci annuncia il primo periodo di formazione delle ghiandole otricolari.

Nella vitella, dopo un mese dalla nascita, troviamo già completamente formata la parte ghiandolare cogli sbocchi dei condotti alla base dei cotiledoni; i vasi si mostrano più numerosi di quello che abbiam veduto nel feto e colla rete capillare sotto-epiteliale più completa. Quando l'animale ha raggiunto un anno di vita extra-uterina, ad utero vergine, quest'organo non presenta alcuna modificazione nella sua intima struttura da quella che abbiamo testè descritto, salvo che è aumentato nel suo volume e la rete vascolare-capillare sanguigna e linfatica, situata nel tessuto mucoso del cotiledone ed in modo speciale alla periferia del cotiledone stesso, tanto bene dimostrata nei lavori del Tafani (2), appare a questo periodo nel suo completo sviluppo.

I cotiledoni permanenti nell' utero d' animale bovino adulto hanno un volume di una cece o di un piccolo fagiolo, a base larga e sporgono alla superficie della mucosa a forma leggermente conica. La parte culminante dei cotiledoni, invece di presentarsi sempre convessa, può essere anche concava, dando ai cotiledoni una

---

(1) G. Fleming. « Trattato d'ostetricia veterinaria, » prima traduz. ital., pag. 85.

(2) Tafani. « Sulle condizioni utero-placentari della via fetale. »

forma ombelicata; in tal caso ricordano davvicino la forma dei cotiledoni degli ovini. Se l'animale ha già figliato, appare sovente sotto l'epitelio, sopratutto nella mucosa cotiledonare in vicinanza ai grossi vasi, un tessuto di cicatrice, dovuto in parte all'obliterazione e cicatrizzazione delle pareti dei vasi, avvenuta in seguito alla caduta del cotiledone di neoformazione. Questo tessuto cicatriziale che, quando è giovane, si colora intensamente coll'ematossilina, può colla sola sua presenza bastare ad indicare un parto avvenuto. Aggiungerò pure un fatto istologico da me osservato, e credo non ancora descritto, che riguarda l'endotelio della sierosa. Nelle mie ricerche ho potuto constatare come le cellule endoteliali che tapezzano la sierosa dell'utero, verso l'estremità delle corna, vengono sostituite da uno strato di cellule cubiche che ricordono da vicino l'epitelio cubico.

Ora che abbiamo in breve parlato dei cotiledoni normali dell'utero dei bovini, passiamo a studiare il cotiledone di neoformazione o placentario. Quando l'uovo fecondato cade in una delle corna uterine, subisce le diverse evoluzioni che l'embriologia ci insegna e che qui non trovo il caso di ripetere. Ricorderò però che contemporaneamente al suo sviluppo si compie anche quello degli involucri e quello di questi ultimi anzi, nei primi tempi, è più spiccato che lo sviluppo dell'embrione stesso. Cosicchè in un embrione di bovino della lunghezza di 4 a 5 millimetri io ho trovato che gli involucri avevano già occupato quasi l'intiera lunghezza del corno fecondato, mentre le pareti del corno avevano appena accennato ad un leggerissimo grado di distensione difficilmente rilevabile dall'esterno, ad utero chiuso. Estratto ch'ebbi gli involucri coll'embrione, ho pure notato come il corion non mostrava avere stabilito alcuna aderenza coi numerosi cotiledoni coi quali era già venuto a contatto, salvo che con due, o tre cotiledoni posti vicini all'embrione i quali accennavano d'avere da poco iniziato un leggerissimo processo di proliferazione, al quale rispondeva pure un'identico processo sulla porzione del corion che vi combaciava, dovuto questo all'inizio della formazione dei villi coriali. Da questa mia osservazione credo poter dedurre il fatto che tra il primo formarsi delle membrane fetali e l'apparizione dei villi coriali e placentari materni nei bovini, deve passare un certo periodo di tempo in cui la mucosa uterina ed il corion non hanno che un rapporto di semplice contatto per sovrapposizione. Non è che dopo parecchi giorni dalla formazione degli involucri fetali che si rende manifesto il processo di proliferazione, tanto da parte della mucosa materna che da parte del corion, e questo processo s'inizia prima, come abbiam veduto, sui cotiledoni più prossimi all'embrione, per poi diffondersi man mano agli altri più lontani.

Un'altro fatto degno di nota è che la proliferazione del nuovo tessuto placentario materno non ha sempre solo origine dai cotiledoni, i quali però sono i veri organi destinati alla proliferazione. Nei testi d'ostetricia veterinaria del Lanzillotti-Buonsanti, del Saint-Cyr e nei lavori del Chauveau (come del resto ho pienamente

potuto confermare nelle mie osservazioni), risulta già indicato il fatto, che ogni punto della mucosa può, per suo conto, proliferare in tempi diversi e dar luogo alla formazione di cotelidoni placentari supplementari. Tali cotiledoni nella loro costituzione istologica non differiscono da quelli formatisi sui cotiledoni permanenti. Resta però sempre fermo il fatto che il tessuto che è chiamato a proliferare in un modo sicuro è quello del cotiledone permanente.

Dirò ancora come i bovini offrono un terreno propizio a questo genere di ricerche, stantechè non tutti i cotiledoni, come abbiam veduto, proliferano nello stesso tempo, ma abbiam detto che la proliferazione incomincia dove l'uovo si è soffermato per propagarsi agli altri cotiledoni, man mano che gli involucri si estendono nella cavità uterina. È così che ancor dopo tre mesi di gravidanza possiamo trovare nel corno non fecondato dei cotiledoni che appena sono al principio del processo proliferativo, e degli altri ancora che non sono che allo stato di congestione, mentre nel corno fecondato i primi cotiledoni placentari materni sviluppatisi possono già aver raggiunto il volume di una noce. Da questo fatto di osservazione appare chiaro come un utero gravido di bovina può, fino a tre mesi e più, senza tener conto delle proliferazioni secondarie che possono avvenire sulla mucosa in tutto il tempo della gravidanza, presentare tutti i vari stadi di sviluppo dei cotiledoni, facilitandone così lo studio. Ciò premesso passiamo a studiare la formazione della placenta materna.

In generale avviene che al solo punto centrale della superficie del cotiledone si inizia il processo proliferativo. Questo fatto però non forma una regola costante; io ho osservato dei casi dove parecchi punti della superficie del cotiledone presentavano contemporaneamente il fenomeno proliferativo. Ecco ora come si inizia il processo. Si ha da prima nel cotiledone uno stato congestivo; i vasi capillari sono dilatati e pieni di sangue. In uno o più punti del cotiledone l'epitelio cilindrico presenta dapprima una fusione del protoplasma degli elementi cellulari ed in pari tempo i nuclei si disgregano. A questo fenomeno vi tien dietro da vicino, in quel punto, la caduta totale dell'epitelio. Abbiamo quindi il primo fatto; che l'epitelio della mucosa del cotiledone non prende nessuna parte alla formazione del cotiledone placentario materno, ma si disgrega e cade. Gli elementi sottostanti della mucosa del cotiledone, alla loro volta proliferano in un modo evidente, assumendo la forma embrionale. È così che nei punti dove l'epitelio è caduto, detti elementi, in gran parte di natura connettivale, incominciano a disporsi a forma di villo e tra un villo e l'altro discendono quelli del corion i quali seguono nella loro formazione lo stesso periodo dei villi materni. Alla formazione dei villi materni vi concorre altresí l'epitelio vasale, il quale proliferando dà luogo alla formazione di nuovi vasi che penetrano nel nuovo villo, formandovi alla periferia una finissima rete capillare, mentre al centro del villo scorrono vasi di calibro maggiore.

Da questo modo iniziale di costituzione della placenta materna, riesce evidente

che il cotiledone placentario assume dapprima la forma villosa semplice. In seguito però detti villi materni, ramificandosi, per proliferazione successiva e anastomizzandosi coi villi vicini, costituiscono un tessuto a grandi maglie entro le quali s'insinuano, pure ramificati, i villi del corion. Cosichè da questo aspetto il cotiledone neoformato assume apparentemente una costituzione più complessa. A differenza però di quello che avviene negli altri mammiferi, tra gli elementi cellulari dei villi del corion penetranti nelle lacune dei cotiledoni neoformati e gli elementi che tapezzano le periferie di dette lacune, non vi passa uno strettissimo contatto. Per la mancanza quindi di un' intima connessione del villo fetale col materno si mantiene nelle due pareti, fino a sviluppo avanzatissimo, la disposizione primitiva di reciprocanza fra gli elementi che tapezzano le due superficie dei villi materni e fetali, venendo così a mancare le ulteriori trasformazioni che si osservano in detti elementi nella formazione della placenta della donna e degli altri mammiferi, dove pel contatto intimo di detti elementi cellulari, questi subiscono un vero schiacciamento reciproco con esito di atrofia.

Riassumendo quindi possiamo dire, che pure nei bovini la legge stabilita dall'Ercolani resta vera: si ha cioè dalla parte materna, in punti determinati dell'utero, la formazione di un nuovo organo glandulare secernente (cotiledone di neoformazione o placenta materna), mentre dalla parte fetale abbiamo nelle regioni corrispondenti ai cotiledoni materni, la formazione di altri villi (placenta fetale) che rappresentano la parte assorbente.

Dirò per ultimo ed in breve quali sono anche le trasformazioni a cui vanno incontro nei bovini, durante la gravidanza, i vari strati costituenti la tonaca uterina.

L'epitelio che copre tutta quella parte di mucosa dell'utero che non prende parte alla formazione dei cotiledoni placentari materni, prolifera in modo evidente presentando numerose forme cariocinetiche. Questa proliferazione oltre supplire alla ricostituzione normale dell'epitelio, indica anche un'aumento nel senso della sua estensione, dovendo esso seguire la distenzione della mucosa in seguito alla dilatazione della cavità uterina, che come sappiamo, si va man mano formandosi nel periodo della gravidanza. Gli elementi della mucosa e sottomucosa proliferano pure per prender parte alla distenzione ed all'ipertrofia dell'utero. Le ghiandole otricolari si dilatano considerevolmente, ma non prendono parte alcuna alla formazione del cotiledone placentario materno, come del resto fu ben stabilito dai lavori del Panizza, del Turner, dell'Ercolani, ecc. Il loro dilatarsi e l'aumento della loro secrezione sta in rapporto colla dilatazione dell'intera tonaca uterina. I vasi sono pure grandemente aumentati di numero e di calibro, le arterie appaiono con tonache assottigliate, le vene con tonache assai ispessite. I fasci muscolari longitudinali e circolari non sono nei primi mesi della gravidanza aumentati nel loro spessore; le fibrocellule che le costituiscono, più che presentare durante la gravidanza un vero processo di proliferazione, si ipertrofizzano, specialmente nel senso

della loro lunghezza, permettendo così una considerevole dilatazione dell'utero. E che non si debba avere, sopratutto nei primi cinque mesi di gravidanza nei bovini, una grande proliferazione di questi elementi, ce lo prova la quasi mancanza di processi cariocinetici nei nuclei delle fibrocellule. In moltissimi preparati ch'io ho espressamente fatto per potere dilucidare questo punto importante, ben di rado mi è riescito all'esame, di rilevare qualche nucleo in stato di mitosi. (Essi invece si osservano nell'utero gravido della donna, della cavia, ecc.).

Un'altra osservazione poi che verrebbe in appoggio a questo modo di vedere, è quella fornita dall'utero gravido stesso, per ciò che riguarda il suo spessore. Infatti, fino ai primi quattro o cinque mesi di gravidanza, lo spessore dell'intiera tonaca uterina, invece di essere aumentato, è anzi ridotto ad un terzo meno di quello che l'utero presenta allo stato di riposo, quantunque la distenzione del corno fecondato e del corpo uterino sia già grande. Possiamo quindi ritenere, pei fatti sopraesposti, che nei bovini, ad utero gravido, le fibrocellule più che proliferare tendono ad ipertrofizzarsi, e quest'ipertrofia si verifica specialmente lungo il loro asse maggiore.

***

Prima di chiudere questo lavoro credo utile fare la seguente aggiunta: Il fatto del modo speciale di disporsi della fina rete vascolare sanguigna e linfatica, nella zona sotto-epiteliale della mucosa ed in particolar modo dei cotiledoni, fatto che abbiamo indicato nell'esporre le presenti ricerche, mi chiama alla mente alcune mie osservazioni precedenti, compiute nel campo dell'anatomia patologica dell'utero, e che valgono, secondo me, a spiegare la possibile infezione tubercolare del feto durante la vita intra-uterina, nei bovini. Le mie numerose osservazioni istituite sopra parecchi uteri tubercolotici di bovine, mi rilevarono un fatto abbastanza notevole; trovai cioè che l'infezione tubercolare in quest'organo s'inizia spessissimo nello strato mucoso sottoepiteliale dell'utero ed in modo speciale e di preferenza, alla periferia dei cotiledoni. Non è che in seguito, quando il processo si diffonde, che vengono infiltrati anche gli strati profondi dell'utero tantochè, persino l'intiera tonaca uterina può subire un completo processo di degenerazione caseosa con infiltrazione calcare.

Riportandomi ora agli studi importanti del Borrel, sulla tubercolosi sperimentale del rene (1) ed alle mie osservazioni sulla tubercolosi della ghiandola mammaria (2), queste ci spiegano il perchè, data un'infezione sanguigna tubercolare,

---

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, VII, N. 8, VIII anno, N. 2.

(2) A. Fiorentini. *Atti dell'Associaz. Medica Lombarda*, N. 4, 1894 e *Giornale della R. Società Italiana d'igiene*, anno XVII, N. 1.

i tubercoli si sviluppano di preferenza in quei strati dove la circolazione è meno forte, meno rapida. Per l'utero quindi, come dissi, vediamo infatti svilupparsi i tubercoli di preferenza in quella regione dove la rete vasale è puramente capillare, cioè alla superficie della mucosa ed in modo speciale alla superficie dei cotiledoni. In queste regioni la circolazione sanguigna infatti, come dissi, è meno rapida e per questa condizione favorevole i bacilli di Kock circolanti nel sangue, incorporati ai leucociti, possono soffermarsi nelle pareti vasali capillari, e dar luogo a tutte quelle alterazioni che accompagnano la formazione dei tubercoli. Si comprenderà ora facilmente, come, se all'inizio del processo tubercolare, l'animale venga a concepire, le papille che si svilupperanno sul cotiledone per dar luogo alla placenta materna, verranno facilmente infiltrate dallo stesso processo di cui è al suo inizio invaso il cotiledone permanente, e così pure il processo passerà, per contatto diretto, dal tessuto materno ai villi del corion, e da questi al feto. E che veramente le cose succedono in questo modo l'ha dimostrato ancora recentemente il Nocard (1) in una descrizione di un caso, da lui osservato, d'infezione tubercolare intrauterina in una bovina. Egli trovò come il tessuto cotiledonale neoformato era infiltrato dal processo tubercolare e come da questo cotiledone si fosse propagato ai villi del corion ed al feto. Questi casi però, nella letteratura sono abbastanza scarsi, ed io credo spiegare la loro rarità semplicemente col far osservare che solo all'inizio dell'infezione tubercolare dell'utero, una bovina può ancora concepire; dopo qualche tempo invece, quando il processo si è alquanto diffuso, il concepimento non è più possibile, subentrando un'endometrite purulenta specifica che impedisce ogni fecondazione (2).

Ora che ho in breve esposto il risultato delle mie ricerche, prima di chiudere il mio discorso, mi sento in dovere di rivolgere vivi ringraziamenti agli illustri prof. Golgi e Piana, per avermi gentilmente concesso un posto nei loro laboratorii dove potei compiere le mie osservazioni, ed un grazie lo debbo pure all'amico mio dott. Clivio che mi fu largo di consigli nella compilazione di questo lavoro.

---

(1) NOCARD. « Nuovo contributo alla tubercolosi congenita. » *Bulletin de la Soc. Centr. de Médecine Vétérinaire*, 1895, pag. 249, e *La Clinica Veterinaria*, 1895, N. 21, pag. 324.

(2) A. FIORENTINI. « Ricerche intorno alle alterazioni più comuni che determinano la sterilità nei bovini. » Comunicazione alla Società Medica-Veterinaria Lombarda. Vedi *Clinica Veterinaria*, N. 14, 1896, pag. 161.

68.ª Riunione dei Medici e Naturalisti tedeschi in Frankfurt a:M

(21-26 Settembre 1896).

15.ª Sessione – OSTETRICIA e GINECOLOGIA

Relazione delle Sedute fatta dal Dott. S. PATELLANI
Aiuto della Clinica Ostetrico-Ginecol. di Parma

1.ª Seduta — 21 Settembre 1896.

Presid. W. A. Freund (Strassburg) — *Segret.* W. Kallmorgen (Frankfurt a:M).

W. A. FREUND. — Sulla sutura dell'utero nella vagina per guarire le fistole ed i prolassi.

Freund presenta tre pazienti:

a) Una donna di 42 anni la quale in seguito ad un'operazione ostetrica eseguita il 9 Ottobre 1893 (rivolgimento ed estrazione), che durò intermittentemente 8 ore e che richiese l'opera di quattro sanitari, subito dopo il parto cominciò ad accusare incontinenza d'urina.

La paziente aveva avuto 10 parti di cui 9 a termine ed uno prematuro. I primi tre feti furono partoriti spontaneamente, gli altri con laboriose operazioni. Notansi segni manifesti di rachitismo, specie alle coscie e al bacino, ristretto in modo abbastanza grave. Coll'esame ginecologico Freund rilevò i genitali esterni, le natiche, la faccia interna delle coscie fortemente erose; all'ano ragadi molto dolenti. La vulva era beante per una profonda lacerazione perineale. Attraverso ad essa si faceva visibile la parete posteriore della vagina prolassata con rettocele. Mancavano la parete posteriore dell'uretra ed una discreta parte della parete posteriore del collo vescicale. Con un dito si poteva con facilità passare nella cavità della vescica la cui mucosa si faceva procidente attraverso all'ampia fistola. Dei tessuti cicatriziali circondavano quest'apertura e facevano tetto alla vagina in modo che non era possibile ritrovare la porzione vaginale dell'utero. Esisteva quindi anche una colpocleisi cicatriziale.

L'utero coll'esame rettale si riscontrava retroverso e all'avanti terminava con confini non limitabili a poco a poco nella massa cicatriziale ricordata (Fig. 1).

La donna fu da Freund operata il 24 Maggio 1894. Il piano prestabilito dovette, durante l'operazione, venir cambiato. Abbassato, attraverso al fornice posteriore

già aperto, il fondo dell'utero, sezionato il fondo dell'utero fino al canale del corpo, affrontata mucosa con sierosa del nuovo orificio uterino (col sondaggio praticato in senso inverso, riconobbe la completa atresia di tutto il canal cervicale), suturato l'utero nella vagina ricoprendo così accuratamente le parti che all'avanti mancavano, ottenne la guarigione completa della sua operata che oggi, due anni e 4 mesi dopo, è perfettamente ristabilita e non soffre alcun disturbo di rilievo. Dal 28 Ottobre 94 la donna è mestruata (Fig. 2).

b) Una paziente di 23 anni la quale partorì il 14 Maggio 1894 per la 1.ª volta in modo distocico (forcipe). Subito dopo il parto si ebbe incontinenza d'urina e di feci. Presenta traccie di rachitismo. Il bacino è notevolmente ristretto. Notasi pure ipoplasia delle mammelle e dei genitali esterni. All'esame ginecologico rilevavasi la cute in vicinanza ai genitali, al perineo e all'ano sino alla faccia interna delle coscie eczematosa qua e là con ulcerazioni i cui bordi erano incrostati da sali urinosi. Le piccole labbra erano spesse ed edematose. La vulva beante era imbrattata di urina o di feci.

Tutto l'introito vaginale e la piccola porzione del perineo rimasta, erano anelastici e costituiti da tessuti cicatriziali. Attraverso all'ano comodamente si poteva penetrare con due dita. Nella vulva trovavasi procidente una parte della mucosa vescicale. Quasi in questo caso non si poteva parlar di fistola mancando completamente la parete vaginale anteriore e la posteriore della vescica. I margini del tratto fistoloso erano duri ed aderivano alle pareti del bacino. Dalla parete posteriore della vagina sporgevano alcuni zoccoli cicatriziali che rendevano un po' difficile il passaggio del dito esploratore in alto. Superiormente ad essi, all'altezza circa del terzo sfintere, trovavasi un'introflessione che fu poi riconosciuta, durante la operazione, come una fistola retto-vaginale. L'esame rettale fece rilevare l'utero un po' ingrossato, retroverso. Il canal cervicale era atresico (Fig. 3).

L'operazione fu praticata il 21 Luglio 1894. Anche qui si dovette, seduta stante, modificare il piano prestabilito.

Come nell'altro caso, Freund portò il fondo dell'utero in vagina capovolgendo il viscere, creò un nuovo orificio uterino in corrispondenza del fondo, suturandone i bordi, come nell'altro caso. Fu suturato il retto intestino con catgut, la vagina con seta, il corpo dell'utero coi margini della porzione mancante all'avanti. L'operazione durò un'ora e mezza. Anche qui la guarigione da 2 anni è completa (Fig. 4).

c) Una donna di 71 anni già affetta da prolasso completo dell'utero con rettocele e cistocele. Nella vescica inoltre trovavasi un grosso calcolo (Fig. 5). Anche in questo caso Freund eseguì la stessa operazione, pure con risultato completo. La paziente, una contadina, operata da un anno riferisce che può attendere a qualunque lavoro anche faticoso (Fig. 6).

Non solo quindi Freund crede il nuovo metodo, da lui ideato, atto a guarire operativamente le ampie fistole vescico-retto-vaginali (le prime due operazioni

eseguite furono già rese pubbliche), ma anche a curare i complicati prolassi completi (con calcoli nei diverticoli vescicali, con prolasso del retto) dell'utero. L'indicazione di questa operazione è limitata. Si potrà essa eseguire nei casi di fistole vescico-retto-vaginali con atresia dell'utero e nei casi di prolasso complicati nelle donne avanzate in età dopo la menopausa.

Freund aggiunge che non devono essere compresi nelle allacciature i vasi che vanno all'utero. Solo la torsione basta per l'emostasi. Qualora si legassero i vasi uterini si potrebbe avere la gangrena dell'utero. I presenti visitano ed esplorano per la via rettale le operate.

P. MÜLLER (Berna). — Sull'operazione del prolasso uterino.

L'O. riferisce sull'operazione fatta dopo la menopausa nei casi in cui è abolito il senso genetico. Egli raccomanda in tali circostanze nelle quali, in questi ultimi tempi, praticavasi la totale esportazione dell'utero e della vagina, di limitarsi alla semplice esportazione della vagina, di abbandonare così l'utero e di chiudere la breccia in basso. Con ciò si ottiene un valido setto cicatriziale che offre un sufficiente appoggio al viscere. Müller non teme la produzione di un idrometra per la rarità con cui si osserva tale forma clinica. Le atresie dell'utero dopo la menopausa sono abbastanza frequenti specie nei casi di prolasso, senza che, per questo solo, l'utero venga disteso.

Il viscere il più delle volte è atrofico e perciò leggiero e non esercita una pressione nè troppo forte nè esagerata sul setto. Nei casi in cui la cervice è fortemente ipertrofica si può, durante lo stesso atto operativo, esportare. I vantaggi del metodo raccomandato dall'O. sono: la brevità e la semplicità dell'atto operativo, la non necessaria apertura durante esso del peritoneo, il non necessario distacco della vescica dalla parete anteriore dell'utero, la mancanza di un peduncolo che richieda uno speciale trattamento.

Se la paziente è ancora mestruata, ma non ha coabitazioni, allora l'utero non viene abbandonato ma suturato in basso. Per tal modo il viscere viene a trovarsi nella stessa cicatrice non al disopra di essa. Nei casi in cui non si abbiano mestruazioni ma ancora coabitazioni si può ricorrere, per non impedire quest'ultime, alla colporrafia anteriore e successivamente alla esportazione di un tratto quadrangolare posteriormente, lasciando così ancora il canale vaginale pervio.

Discussione.

Frank (Köln). Coll'esportazione extraperitoneale dell'utero si ottiene un risultato finale ottimo. Egli già nella riunione dei naturalisti e medici tedeschi in Strasburgo ha parlato di tale operazione esprimendo il suo parere. L'obliterazione della vagina con l'abbandono dell'utero crede pericolosa, non essendo nelle donne

avanzate negli anni sempre atresico l'utero prolassato completamente. Verrebbe così impedito il deflusso dei secreti dall'utero.

Löhlein (Giessen). Crede pure che non rari siano i casi di piometra e di idrometra anche nelle donne che si dovrebbero operare in età avanzata.

Asch (Breslau). È invece partigiano dell'estirpazione dell'utero con resezione della vagina. In tal modo sicuramente viene curata la retroflessione. La riunione colla vagina dei legamenti infundibulo-pelvici assicura poi contro le recidive. Così rimane anche la possibilità delle coabitazioni.

H. Freund jun. (Strassburg). Riferisce su 7 casi da lui operati non col metodo di Müller. Egli preferisce, nell'operazione, la sutura a borsa di tabacco. Invece dei fili d'argento adopera per le legature il silkworm. In un sol caso ebbe un insuccesso.

Herff (Halle). Le recidive dopo l'esportazione totale nei casi di prolasso non sono rare. L'esperienza clinica parla in favore della nuova operazione.

Müller risponde che nella sua lunga pratica si è persuaso essere raro, nelle donne avanzate in età, l'idrometra. La sua operazione è molto più spiccia dell'esportazione totale dell'utero e meno pericolosa per le ragioni esposte. Già disse che nei casi in cui il collo è ipertrofico questo prima si deve amputare.

H. FRITSCH (Bonn). — Sulla morte dopo le laparotomie.

Chi per una lunga serie di anni ha avuto campo di veder morire delle laparotomizzate, naturalmente ha potuto formarsi sull'argomento un preciso concetto. E pur troppo anche oggi tale occasione non manca.

M. Sims aveva ripetuta l'idea antica la morte essere conseguenza di una infiammazione purulenta di una peritonite nel senso vecchio della parola. Ed era allora che egli consigliava il drenaggio in ogni caso. Lo stesso Sims descrisse anche il substrato anatomo-patologico di ciò che ora chiamasi peritonite settica.

Non sarebbe certamente giusto indicare le morti semplicemente come causate da sepsi. L'antisepsi e l'asepsi non sono più monopolio di pochi e tanto nelle Cliniche come negli istituti privati vengono praticate. I risultati così sempre più migliorano.

Ad onta però di tale progresso non siamo ancora in grado di operare su corpi assolutamente sterili come la bacteriologia ben dimostra. Io richiamo solo il fatto che noi facciamo ad es., l'una dopo l'altra, due, tre laparotomie e che una delle laparotomizzate muore pur essendo le condizioni dell'ambiente, i preparativi, la tecnica, i casi, gli stessi. Ricordo pure che i decorsi nel trattamento endo ed extraperitoneale sono diversi. Mentre il peduncolo fuori del peritoneo guarisce senz'altro può suppurare la ferita dell'addome. E a chi volesse imputare questo fatto alla trascurata antisepsi nei preparativi, io potrei ricordare che nella sutura a tre strati possono aderire senz'altro il peritoneo e la cute, mentre nello strato medio si forma del pus che poi si fa strada al di fuori.

Non potendosi operare su un campo affatto sterile ed essendo localmente

diverso il decorso, i varii tessuti devono reagire non ugualmente all'invasione micotica. Così anche in linea generale le persone hanno diversa predisposizione ad infettarsi coi cocchi o sono diversamente resistenti alle infezioni in atto di essi.

In nessuna epidemia di peste, di colèra, di tifo, tutti gli ammalati morirono come non tutti ammalarono, pur essendo per tutti uguali i pericoli. Furono inoltre trovati anche in persone sane i bacilli della difterite e del colèra. Quando noi avevamo, tempo fa, le endemie puerperali, potevamo osservare qualche caso in cui con grave inizio e con rapido decorso la malattia insorgeva e guariva per opera stessa della natura con nostra sorpresa.

Sul peritoneo, che per noi maggiormente interessa, molto rapidamente notansi modificazioni fisiologiche e patologiche. Esso riassorbe con straordinaria facilità. I cocchi che quivi giungono vengono resi inattivi in brevissimo tempo. Arrivano nella corrente linfatica e quindi nel torrente della circolazione sanguigna e il sangue, come liquido antisettico, neutralizza la loro azione.

Se in un caso di infezione puerperale diffusa si esamina una goccia di liquido, estratto ad es. da un'articolazione, trovansi numerosi streptococchi; se invece si esamina una goccia di sangue il reperto riesce negativo. Nel sangue quindi, in cui certamente devono essere arrivati, furono distrutti. Perchè i cocchi però divengano innocui è necessario:

1.° che non siano in grande numero;

2.° che il sangue circoli in modo normale e che il cuore quindi non sia ammalato;

3.° che l'attività biologica del peritoneo sia normale. Quando si apre infatti un ascesso peritiflitico, una sacca tubarica purulenta; quando un utero, con sepsi incoata, si rompe durante il parto, i cocchi, che vengono in contatto col peritoneo, sono così numerosi che non possono venire completamente distrutti. Quando il cuore è troppo debole, esiste un ostacolo alla progressione dei micro-organismi nelle vie linfatiche. Noi sappiamo infatti quale influenza dannosa cardiaca esercitino una narcosi prolungata, l'eccessiva durata di un atto operativo, l'emorragie e i raffreddamenti in genere. Forse anche il procento diminuito di emoglobina, alterando la composizione del sangue, rende minore l'azione sua bactericida. Quando l'attività biologica del peritoneo è diminuita, se il cuore è sano può essere questo fatto non grave. Se il cuore però non funziona normalmente, il pericolo aumenta ancora di più. E noi sappiamo quale influenza abbia l'età a questo riguardo.

I ginecologi del passato devono ricordare come il decorso di prolungate estirpazioni totali dell'utero dalla vagina pur accompagnate da notevole emorragia fosse meno tumultuoso del decorso dopo laporotomie o dopo estirpazioni totali addominali.

La ragione di questo sta nel fatto che il peritoneo, durante un'operazione vaginale, mantiensi nei suoi rapporti normali e non viene alterato dal raffreddamento, dal contatto coll'aria, dalle variazioni di pressioni. Le lesioni di continuo ed il

raffreddamento hanno un'influenza meno grave del contatto coll'aria e della pressione modificata. Durante le laparotomie frequentemente possiamo persuaderci di queste modificazioni (dilatazione vasale, iperemia, disturbi circolatori). Esse agiscono anche sui tessuti sotto-peritoneali, sulla muscolatura e sulla mucosa disturbando la peristalsi, impedendo alla mucosa la sua funzione d'assorbimento e producendo una ritenzione di gaz. Attraverso all'intestino disteso ed iperemico molti leucociti migrano e con essi anche bacteri dell'intestino. I danni sul peritoneo sono ancor maggiori quando, in modo brutale, con disadatti mezzi e per molto tempo, vengano le intestina maltrattate e compresse (toilette del peritoneo, sostanze chimiche). Allora anche senza infezione si corrono i più gravi pericoli.

Non dobbiamo dimenticare che alcune volte i cocchi od i bacterî dell'intestino durante l'atto operativo, entrati nella cavità peritoneale, mentre altrimenti potrebbero venire riassorbiti, trovano invece condizioni favorevoli per il loro sviluppo (materiale nutritivo, spazî morti, tessuti la cui vitalità è diminuita). Risultato finale di questo fatto meccanico non infettivo sono l'ileo e la paralisi intestinale. Tanto l'uno quanto l'altra, senza punto infezione, possono unicamente essere causati da diminuzione della vitalità locale o generale, da un'alterata funzionalità del peritoneo e da debolezza cardiaca per il lungo protrarsi della operazione. Le intestina ordinariamente, a operazione terminata, riacquistano le loro condizioni fisiologiche. Dimostrano per altro, queste leggiere manifestazioni d'ileo, che la funzione del peritoneo fu lesa. Solo più tardi, dopo 24 ore o più, l'intestino riprende la sua normale attività. Il cuore è valido, il polso è normale? Non si ha allora alcun pericolo. È il cuore debole ed il polso frequente? La funzione normale dell'intestino non si ristabilisce.

Non solo quindi all'infuori del corpo delle operande si hanno pericoli, ma nelle operande stesse (debolezza cardiaca e alterata funzione peritoneale-intestinale). Non solo l'esclusione dell'infezione importa, come dai più si crede, ma l'essere sicuri della resistenza locale e generale.

Le laparotomizzate non muoiono perchè diventano infette, ma diventano infette perchè muoiono o durante l'agonia.

Alcuni (Tait, Koeberlé) non hanno mai fatta l'antisepsi. Specialmente Lawson-Tait ottenne lo stesso splendido risultato operando rapidamente, con una tecnica perfetta, in casi adatti nei quali non era notevolmente ridotta la vitalità generale e locale dei tessuti.

Non volendo citare una statistica generale, basta ricordare da noi la statistica speciale di alcune lunghe e difficili operazioni, ad es., delle miomotomie. Mentre lo Schröder aveva una mortalità nelle ovariotomie del 4 %, nelle miomotomie aveva un procento del 33 $^1/_3$. L'antisepsi era nello stesso modo usata. La differenza dovevasi alla durata dell'atto operativo e al fatto che veniva diminuita, con operazioni difficili e gravi, la resistenza centrale e periferica dei tessuti.

Ciascun operatore ha una statistica che man mano migliora coll'esperienza e colla pratica maggiore nell'operare. Essendo la pratica affatto personale una statistica generale è, per me, perciò senza valore. Molto più istruttiva è per ciascuno la propria pratica. E chi ha poco materiale per avere una sua statistica deve attenersi strettamente ai consigli di coloro nei quali ha fiducia e non in ogni caso cercare nuovi metodi per essere originale.

Anche le osservazioni cliniche, all'infuori della teoria, hanno valore. Nei casi disgraziati il decorso è il seguente: l'ammalata si sveglia dopo l'operazione già agitata; la respirazione è resa un po' difficile, ciò che di solito è attribuito alla fasciatura troppo stretta. Il sintomo caratteristico è dato dalla debolezza cardiaca. Il polso frequente e debole, il polso addominale, è patognomonico. L'addome si distende, la faccia è pallida, la paziente ha sete e frequentemente vomito. La temperatura è normale. La timpanite aumenta e il polso si fa sempre meno buono. Questi sono i sintomi dell'ileo. Non si tratta punto di questo però, certo non di ileo con ostruzione dell'intestino. Tali manifestazioni sono peritonitiche, pur non avendosi una peritonite purulenta. Manca la febbre e la sensibilità alla pressione. Non è in atto sepsi e libero è il sensorio. Certamente che si ha anche la sepsi senza rialzo di temperatura. Ma questi casi di cui parlo io frequentemente ancora guariscono con un'appropriata terapia.

In caso opposto al 2.°, 3.° giorno si ha un leggiero rialzo di temperatura che continua fino alla morte. E allora questa sepsi viene certamente in scena prima della morte, pur essendo il sintomo più importante dato non dalla febbre, ma dalla debolezza cardiaca.

Se questo è vero per la pratica si può concludere: quando il cuore è debole già esistendo trombosi, polmoniti, dopo l'influenza non si deve operare o almeno aspettare.

Prima dell'operazione sono controindicati i bagni troppo freddi, le cure debilitanti, un nutrimento insufficiente, gli energici purganti. La tecnica deve essere buona e il trattamento post-operativo accurato. A combattere la debolezza generale lavature gastriche, clisteri caldi, eccitanti sottocutanei, chinino, ecc.

Eranvi ancora trent'anni fa dei chirurghi dell'antica scuola che operavano tecnicamente ed anatomicamente in modo perfetto e le cui operate tutte morivano. Ne venne una reazione. Si credettero inutili la tecnica, la pratica, l'abilità personale, le cognizioni anatomiche e si pensò che con una buona antisepsi si potesse raggiungere qualsiasi risultato. Solo sembrava insomma l'antisepsi necessaria. Contro tale idea dobbiamo noi reagire. Dobbiamo convenire che buona tecnica, esperienza e abilità sono importanti.

Certamente sarebbe vantaggioso che anche per noi ginecologi le operazioni fossero metodiche come per i chirurghi. Questo forse sarà dato dalla ginecologia avvenire.

Discussione.

Hofmeier (Vürzburg) pensa non completamente dimostrate e non assolutamente nuove le idee dell'O. Domanda a Fritsch se crede che unicamente le lesioni istrumentali del peritoneo e dell'intestino possano essere considerate quale causa di morte. Nei casi disgraziati egli ammette anche un'infezione.

Mackenrodt (Berlino). Conviene che la rapidità nell'operare influisca molto sul risultato di un atto operativo.

Kehrer (Heidelberg). Parla della grande importanza che ha il peritoneo sul decorso post-operativo. Devonsi tenere lontani dalla sierosa parietale e più ancora dalla viscerale, le sostanze disinfettanti e le compresse. Specie nelle ovariotomie in gravidanza se non si procede in tal modo sono a temersi facili e pericolose aderenze post-operative.

Slawjanski (Pietroburgo). Conviene sulla grande influenza che ha lo stato del cuore nelle gravi operazioni.

Herff (Halle). Nell'atonia dell'intestino dopo le laparotomie, raccomanda la corrente faradica ed il massaggio.

Löhlein (Giessen). Crede pure che il risultato di un'operazione grave molte volte dipenda dalla resistenza individuale.

Pfannenstiel (Breslau). Parla delle morti dopo molto tempo dall'atto operativo per degenerazione del miocardio conseguente alla narcosi cloroformica. Accenna perciò alla narcosi coll'etere.

Thorn (Magdeburgo). Pensa che il più delle volte non si tratti d'altro che d'infezione. Non ammette possa morire un'operata per atonia dell'intestino senza infezione.

Herff (Halle). Riconosce invece la possibilità della morte unicamente per paralisi dell'intestino.

Steel (Breslau). Ricorda anch'egli l'importanza della narcosi e l'influenza che questa ha sulle condizioni del cuore.

Wild (Cassel). Cita le esperienze di Reichel sulla resistenza del peritoneo alterato o sano contro i microorganismi.

Hofmeier, pur richiamando le dette esperienze, aggiunge che Reichel dimostrò anche possa esservi un'infezione peritoneale non rilevabile.

Kiefer (Berlin). Nei casi di paralisi dell'intestino dopo una laparotomia può aversi la morte per auto-intossicazione.

Freund A. W. (Strassburg). Crede che si specializzi forse troppo. Una circostanza non si deve dimenticare. Bisogna osservare il così detto infantilismo nelle donne di cui presentò, in una delle sue pazienti, un caso tipico. In tali condizioni non solo i genitali e il bacino sono sviluppati insufficientemente, ma anche il cuore ed i vasi.

Löhlein, pure ammette giusta l'osservazione di Freund.

Fritsch H., ritorna sui concetti espressi e aggiunge che colla sua idea, possano dall'intestino disteso passare insieme coi globuli bianchi anche dei bacterî intestinali nella cavità del peritoneo, se è un'idea teorica è però molto verosimile.

(Continua).

CORRISPONDENZA

Al Signor Prof. L. Mangiagalli

Roma, li 10 Gennaio 1897.

*Chiariss.*mo *Professore,*

Mi proponevo mandarle quanto prima, perchè fossero pubblicate negli *Annali,* alcune considerazioni sui futuri Congressi internazionali di ostetricia e di ginecologia e scriverle quali disposizioni siano state prese dal Comitato permanente, quando lessi le *poche parole* che con tanta opportunità ella premette al sunto delle relazioni al Congresso di Ginevra. Ella mi ha dunque prevenuto ed in meglio ed io le son grato per l'iniziativa presa; pur non di manco stimo mio dovere, in qualità di Segretario per l'Italia, d'informare i colleghi italiani di quanto si è fatto ed assicurare lei che delle molte questioni da lei giustamente sollevate alcune sono state discusse e risolte.

Difatti, 1.° è stata rigettata la proposta di fare dell'attuale Società dei Congressi, una specie di Accademia chiusa, accessibile a pochi eletti, ove chi bussa per entrare bisogna davvero che porti scritto in fronte il *dignus sum!* Mi pregio dirle che io fui uno dei più tenaci oppositori di tale proposta, benchè venisse fatta da un amico carissimo e nel lodevole intento della maggiore prosperità ed utilità dei Congressi. Propugnai perciò con tutte le mie forze l'idea dell'attuale organizzazione, che sarà mantenuta, la quale, rispondendo benissimo ai bisogni ed alla necessità dei tempi, ha dato ottimi risultati e più ancora ne darà nel prosieguo, se i Congressi si manterranno democratici, ripeto, accessibili a tutti.

I Congressi devono essere, insomma, com'ella dice bene, una fiera scientifica dove ognuno può vendere e comprare.

2.° Il numero delle relazioni è stato limitato a 2 o 3; i relatori dovranno presentare il lavoro due mesi prima dell'epoca fissata per l'apertura del Congresso, perchè venga stampata e distribuita in tempo la relazione, onde possa ognuno prepararsi per una utile discussione *su ciò che il relatore dice.* Savia disposizione codesta che toglie l'inconveniente di veder prendere parte alla discussione d'una relazione, 15 o 20 oratori, i quali, esponendo idee tutte proprie, della più alta importanza certamente, presentano per così dire altrettante relazioncelle per nulla

rispondenti il più delle volte, allo scopo prefisso, di approvare o rigettare, cioè le conclusioni della relazione ufficiale, messa precisamente in discussione per ottenere il suffragio unanime o la semplice maggioranza in un senso o nell'altro. E a tale spettacolo abbiamo assistito a Ginevra e con quanta poca utilità per la soluzione dei gravi problemi trattati è facile comprenderlo.

Si eviterà anche la promiscuità dell'idee, cioè a dire, il relatore dev'essere un solo, perchè studi e presenti lo stato attuale della questione trattata.

E, a proposito di relazioni e di relatori, mi è caro annunziare ai colleghi che un argomento di grande importanza è già stato determinato su proposta di noi italiani ed è *lo studio del bacino per rapporto al meccanismo del parto* — se erro nella enunciazione del soggetto, son sicuro del concetto — e come sia stato designato ad unanimità e con compiacenza il nostro egregio prof. Fabbri, ritenuto uno dei più competenti a trattare l'argomento, quale figlio e continuatore degli studi dell'illustre prof. Fabbri.

3.° Limitato il numero delle relazioni era giusto che si desse larga parte alle comunicazioni diverse per dare occasione ai giovani ed ai volonterosi di presentare i loro lavori che altrimenti non potrebbero far conoscere, fra cui spessissimo ve ne sono di quelli che hanno una grande importanza. Anche nella viva discussione che si fece sopra tale questione, ebbi il piacere di rompere una lancia in favore della libertà e del non limitato numero delle comunicazioni diverse. Senza una tale razionale disposizione noi correremmo rischio nei futuri Congressi di vederci in ben pochi e non sempre i più disposti o possibilitati pei molteplici impegni, per l'età, ecc. a preparare e presentare lavori di lena. È giusto quindi ed indispensabile che i giovani, che tutti, possano liberamente comunicare e discutere il frutto delle loro ricerche e dei loro studi. Ed a questo si addivenne già.

E su questo punto è anche bene che io informi quanto feci e dico, giacchè ella aprì la discussione, la mia opinione intorno a quanto rimane a fare.

Data l'importanza, come ella fa ben rilevare, di questi Congressi internazionali speciali, l'ostetricia italiana non può fare a meno d'essere rappresentata nella misura della sua importanza ed in proporzione dei suoi cultori. I lavori italiani di ostetricia e di ginecologia, giornalmente pubblicati, sono tenuti dai confratelli delle altre nazioni in quel grado d'alta considerazione che meritano ed indicano in pari tempo l'indice della nostra cultura, per cui l'Italia non può e non deve in una manifestazione scientifica mondiale rimanere completamente estranea al movimento ed all'indirizzo che ai detti Congressi si devono dare. Nè ciò vogliono, è giusto che io lo dica, gli organizzatori dei Congressi; anzi si desidera ardentemente una adeguata rappresentanza italiana ed io ho preso impegno di promuovere un movimento d'adesione tra i colleghi nostri. E non vogliamo un giorno o l'altro, anche noi un Congresso in Italia, idea che ho già enunciato?

S'impone perciò per noi, prima d'ogni altro, la questione dei Soci fondatori.

Si contano attualmente 90 Soci fondatori, e su tale numero, d'italiani non ve ne sono che 3: i professori Porro, Ruggi e Bossi. E di essi il solo Bossi fu presente ad una riunione del Comitato a Ginevra.

Ora se vogliamo che la nostra opinione — rappresentante la scienza italiana — abbia un peso nelle decisioni vitali del Comitato, se vogliamo che la nostra lingua sia accettata fra quelle ufficiali del Congresso, occorre che noi italiani siamo in molti Soci fondatori; solo così si vince nelle votazioni: tale è la verità brutale. Ho ammirato a tal proposito la solidarietà degli americani. Erano in 15 e più, un giorno — la grande maggioranza; — avevano già discusso e concertato ciò che volevano ottenere, ciò che dovevano approvare o rigettare ed avevano designato l'oratore, il quale, bastava che al momento della votazione, gridasse: *all right*, perchè essi alzassero come un solo uomo la mano per approvare; o dire *no*, perchè restassero immobili... Precisamente... tutt'al contrario, sia detto ad onor del vero, di ciò che si fa da noi italiani tanto in patria quanto fuori, ove, principalmente, siamo quasi estranei uno all'altro ed ove alcuni si fanno un dovere di non farsi nemmeno conoscere. Io, per esempio, non potei avere il piacere di sapere, nella mia qualità di Segretario del Congresso per l'Italia, quanti colleghi italiani vi erano à Ginevra e quanti avevano aderito. Mi ricordo d'aver fatto ridere alla segreteria tutti, quando chiesi chi erano gli Italiani presenti!

Ad ogni modo, credo necessario, se vogliamo contare per qualche cosa, che ci facciamo in molti Soci fondatori; in caso contrario tutto ciò che avremo non potrà essere considerato come l'effetto d'un diritto, ma come una cortesia, una grazia e dobbiamo anche ringraziare.

È per questo che mi rivolgo fin d'ora ed in questa occasione a tutti i colleghi che si occupano di ostetricia e di ginecologia, di volermi indicare se desiderano farsi Soci fondatori, riserbandomi di rivolgermi direttamente agli aderenti per informarli sulle condizioni od altro che potrebbero aver bisogno di conoscere.

In quanto alla questione della lingua ecco quanto feci.

Ella sa come io sia stato fautore della lingua unica, ma non potendo e non dovendo ciò avvenire e compreso anch'io delle ragioni politiche e psicologiche che si connettono all'uso della lingua, come considerando l'importanza grandissima ch'essa esercita nella supremazia del pensiero, proposi a Ginevra che venisse accettata anche la lingua italiana fra le ufficiali dei futuri Congressi. Ma unico difensore perchè solo e nemmeno investito del diritto di voto, a rigor di termini, vidi rigettare la mia proposta per ragion di numero, ma non per numero di ragioni; si disse che 4 lingue sono troppe! non altro. Non è una buona ragione codesta, trattandosi della lingua italiana; via, siamo seri! Mai come in questa occasione sono stato tanto addolorato d'essermi trovato solo; in parecchi saremmo riusciti. Ecco la necessità d'essere in molti nel Comitato alle votazioni, se vogliamo

ottenere ciò che ragionevolmente possiamo domandare; e dovremo farci in molti Soci fondatori per chiedere ed ottenere che nel prossimo Congresso di Amsterdam, nel 1899, la lingua italiana sia anch' essa ufficiale, come la francese, l'inglese e la tedesca.

La sera del pranzo sociale, al momento dei discorsi, dopo che il prof. Pestalozza parlò a nome degli italiani ed in italiano, si volle ad ogni costo da numerosi e benevoli amici che prendessi anch'io la parola e parlai, ma dapprima in italiano, non ostante mi si gridasse da varie parti: *Parlez français, parlez français.*

Dover parlare forzatamente in francese o in altra lingua in una seduta del Congresso, sì; ma in quel momento in cui si è liberi e quando ognuno esprime i propri sentimenti di gratitudine verso i gentili colleghi di Ginevra, no; non avrei potuto parlare altrimenti che in italiano, nella mia dolce ed armoniosa lingua. Mi balenò, è vero, alla mente, in quello istante, l'idea di dire che non si può mettere in non cale in un Congresso scientifico la lingua di Dante, di Petrarca, di Michelangelo, di Macchiavelli e di altri migliaia di uomini illustri, ma mi parve inopportuno. E ciò che non feci allora, lo faccio adesso.

Mi sia concesso perciò riportare uno splendido scritto — un vero inno di ammirazione — di E. Legouvé, il celebre accademico francese che tanta alta stima sentiva pel genio e pel pensiero italiano. Lo trascrivo nell'originale idioma perchè non si possa pensare che traducendolo si abbiano potuto alterare i concetti; e lo riporto perchè gl'Italiani sappiano una volta ancora, ciò che siamo stati e che dovremmo essere e perchè gli stranieri apprendano quale tesoro di pensiero e di scienza sa trattare la lingua italiana.

« LES ITALIENS!

» Les italiens c'est ce peuple choisi de Dieu à qui nous, hommes modernes, » nous devons tout ce que nous sommes. C'est cette nation charmante et féconde » qui a été notre initiatrice, notre mère. Regardez! N'est-ce pas un spectacle » frappant que de voir toujours l'Italie donner le signal au monde et toujours » lui ouvrir la route des grandes choses?

» Le premier poète épique moderne est italien: — *Dante.*

» Le premier poète lyrique est italien: — *Petrarque.*

» Le premier poète chevaleresque est italien: — Le *Tasse.*

» Le premier poète d'imagination légère est italien: — L'*Arioste.*

» Le premier conteur moderne est italien: — *Baucace.*

» Le premier peintre du monde est italien: — *Raphaël.*

» Le premier statuaire du monde est italien: — *Michel-Ange.*

» Le premier vigoureux politique et le premier historien de la Renaissance » est italien: — *Machiavel.*

» Le premier philosophe historien est italien: — *Vico.*

» Le conquérant du nouveau monde est italien: — *Christophe Colomb.*

» Le premier démonstrateur du nouveau monde céleste est italien: — *Galilée.*

» Le plus grand artiste, le seul peut-être qui mérite le titre d'artiste de génie, » n'est-il pas italien: — *Rossini*?

» En vérité, il semble que, quand la Providence a besoin d'un guide ou d'un » chef pour l'Umanité, elle frappe cette terre privilégiée et en fait jaillir un » grand homme! »

Signori del Comitato!

Il popolo italiano dal punto di vista della scienza e del pensiero, per lo meno, non è punto mutato e la lingua italiana ha svolto i più grandi problemi dell'umanità, perchè lingua eminentemente scientifica quanta altra mai e più d'ogni altra. Voi ammettendo come lingua ufficiale dei futuri Congressi anche la italiana non cagionerete la confusione delle lingue, ma non farete che rendere un doveroso omaggio alla lingua scientifica per eccellenza, alla pura figlia della nostra gran madre lingua e noi tenghiamo a che questo omaggio sia reso.

Egregi colleghi d'Italia!

Per noi la quistione della lingua s'impone. E come gli altri popoli non vogliono rinunciare ai vantaggi morali che derivano ad essi per l'uso della loro lingua; così noi non dobbiamo trascurare ogni mezzo per acquistare di nuovo il diritto di parlare in italiano nelle discussioni scientifiche e non credo che tutti gli Italiani siano disposti a derogare da tale diritto e a accorrere rassegnati ai futuri Congressi.

Ciò che rimane a fare, a mente mia, è, giacchè ella prese l'iniziativa, di aprire pratiche coi colleghi tutti d'Italia per riunire in pochi concetti le ragioni che c'inducono a propugnare l'idea dell'ammissione della lingua italiana nei Congressi internazioni, che dobbiamo ottenere, e formulare un memoriale da sottomettersi a tutti i rappresentanti della ostetricia italiana nella nostra prossima riunione ad Ottobre e discuterlo, indi inviarlo al Comitato permanente perchè sappia e si persuada che nei campi fecondi della scienza internazionale la lingua italiana deve necessariamente essere rappresentata, deve avere un posto d'onore.

Combattiamo, dunque, e, per vincere, occorre che siamo in molti ed agguerriti.

Accolga intanto, egregio Professore, i sensi della mia più alta considerazione e mi creda di lei

affettuosamente

F. La Torre.

BIBLIOGRAFIA

L. LANDAU e TH. LANDAU. — **Die vaginale radicaloperation** *(L'operazione vaginale radicale).* — Berlino, August Hirschwald, 1896.

Si deve salutare quest'opera come il frutto del lavoro clinico ed anatomico di parecchi anni di due abilissimi operatori. Da quasi dieci anni essi in una serie di articoli, in monografie, in conferenze, hanno dimostrato che la via vaginale è la più facile e la meno pericolosa per operare sui genitali interni femminili. Essi hanno coraggiosamente difeso il metodo di emostasi coi klemmer adoperato da Péan invece del metodo delle legature. Si sono serviti pei primi con ottimo successo in Germania di questo sistema e l'hanno difeso contro i numerosi attacchi che da ogni parte gli furono mossi e finalmente i Landau hanno conquistato con una serie di operazioni chiamate da loro « operazioni radicali vaginali » (utero-salpingo, ooforectomie doppie vaginali) il diritto di citare questa loro operazione nella ginecologia operativa come un'operazione chiaramente dimostrata nelle sue indicazioni, perfezionata nella tecnica, e di duratura utilità per le ammalate. In alcuni periodi del libro dei Landau si sente ancora il fumo della battaglia sopportata rispecchiato nella fine ironia e qualche volta in alcuni amari giudizii sui vani sforzi e sui risultati ottenuti da altri con altri metodi, ma ciò non nuoce per nulla alla natura didattica del libro che è un vero trattato sulla ablazione dell'utero e degli annessi dalla via vaginale.

Gli autori praticano l'operazione vaginale radicale non solamente per il carcinoma e certi fibromi dell'utero, e per alcuni neoplasmi bilaterali degli annessi uterini, ma anche per tutte le altre malattie delle tube e degli annessi che resistono a tutti gli altri metodi curativi come le affezioni infiammatorie, suppurative, bilaterali. La circostanza che gli autori hanno fatto pei primi questa operazione in Germania col loro metodo precisamente negli ascessi complicati del cellulare pelvico in casi molto numerosi con risultati *immediati* (e ciò che più conta), *durevoli,* e il fatto che hanno sviluppato nel modo il più minuzioso il metodo della emostasi secondaria, vale a dire successiva all'ablazione dell'organo (metodo preconizzato da Doyen ma che i Landau precisarono indipendentemente dalle proposte del Doyen stesso) e il fatto che essi hanno sviluppato e precisato la tecnica della emostasi coi klemmer (la quale pare vada sempre più acquistando terreno nei ginecologi), insieme poi ai lavori di polso preparatorii nel campo delle malattie degli annessi uterini, tutti questi fatti dico, danno ad essi giustamente il diritto di pubblicare un simile volume di ginecologia didattica.

Il volume è diviso in due parti principali: una parte storica ed una parte tecnica e quest'ultima è divisa in una parte generale (nella quale sono sviluppati i dati generici da tutti ammessi nella questione) ed una parte speciale nella quale sono descritti in modo particolare i metodi propri dei Landau coll'aggiunta delle indicazioni necessarie, rese più chiare con numerosissime illustrazioni che sono

altrettante ammirabili fotografie istantanee di una chiarezza ineccepibile. Oltre a ciò vi sono aggiunti parecchi disegni schematici i quali fissano con un disegno solo le fasi principali dell'operazione.

Nella parte storica è descritto tutto il cammino che fece questa operazione nel suo sviluppo, e vien data anche una serie di spiegazioni sullo scopo della operazione vaginale radicale e sui suoi vantaggi.

In questo modo la parte storica viene a far parte della tecnica generale dell'operazione. Come atto di giustizia storica viene decisa la questione di priorità dell'operazione vaginale radicale e dei suoi vantaggi, e ciò con delicatissimi riguardi e dopo aver consultato e citato tutta la letteratura che ha rapporto a questo tema. È a Péan che è dovuto l'onore di avere per il primo con convinzione di causa, asportato l'utero per far guarire gli annessi affetti sia da un lato che dall'altro da lesioni infiammatorie suppurative. Péan e Segond non preconizzavano la simultanea ablazione degli annessi e davano maggior peso all'estirpazione dell'utero per la guarigione delle lesioni degli annessi, i Landau invece difendono l'operazione radicale in tutti i casi di lesione infiammatoria suppurativa bilaterale degli annessi uterini. Essi hanno anche immensamente allargata la sfera delle indicazioni di questa operazione.

Nella parte generale (tecnica) del libro si dimostra il vantaggio principale dell'operazione vaginale radicale, che consiste sul fatto che il drenaggio della cavità addominale risulta fatto in modo naturale e che i prodotti infiammatorii lasciano l'organismo per mezzo di quel medesimo cammino pel quale sono passati gli stimoli infiammatorii. L'infiammazione penetra nei genitali femminili con un cammino ascendente, ed i prodotti infiammatorii debbano lasciarli con un cammino discendente. Le pareti addominali, la cavità addominale, gli intestini, il peritoneo, sono risparmiati il più possibile. Si ha più facilmente la guarigione duratura perchè le sorgenti di tutte le possibili infiammazioni ed essudazioni che potrebbero rimanere dai monconi residui, nonchè le possibili loro adesioni e i loro stiramenti, sono completamente eliminate.

Gli autori insistono particolarmente sul metodo addottato da loro (estrazione o enucleazione, liberazione dalle aderenze e peduncolamento e consecutiva emostasi coi klemmer degli organi da eliminarsi), contro la emostasi preventiva addottata da Péan e Segond. Il cosidetto metodo dei klemmer, le sue buone qualità e i suoi vantaggi è quivi trattato magistralmente. Le osservazioni degli avversarii sono perfettamente ribattute.

Il non chiudere la cavità addominale come si fa nell'operazione vaginale radicale, il meccanismo per cui avviene la guarigione, il *morcellement* dell'utero, o la sua partizione in due, il meccanismo e l'esecuzione delle incisioni, e dell'emostasi proprie dell'operazione dei Landau, la divisione in categorie degli altri metodi e le indicazioni topografico-anatomiche di queste operazioni, trovano in questa parte del libro un'esposizione altrettanto chiara che persuasiva. La terza parte del libro tratta la tecnica speciale. Ogni operazione è descritta nel modo più esatto e con illustrazioni eccellenti; queste illustrazioni sono così chiare che cogli istrumenti voluti e colla guida di esse illustrazioni ogni ginecologo anche di poco valore potrebbe eseguire l'operazione stessa, il che è uno dei meriti più alti di un libro siffatto. Prima di tutto si descrive l'ablazione dell'utero e dei suoi annessi senza incisione dell'utero, quando l'utero è mobile. Nella descrizione del modo di isolare l'utero dal tessuto pericervicale vien data una bella descrizione e rappresenta-

zione dei rapporti topografici ed anatomici degli organi urinarii coll'apparato genitale. Dopo segue l'ablazione dell'utero e dei suoi annessi quando l'utero è fisso (con o senza incisione dell'utero). Viene descritto tanto il metodo dell'incisione mediana di una sola delle pareti uterine, e poi quella della incisione mediana totale dell'utero. I metodi del *morcellement* (nello stretto senso della parola) si dividono in metodo di *morcellement* regolare e *morcellement* irregolare come si praticano sull'utero ingrossato e sull'utero non aumentato di volume con vagina angusta. La fine ci parla dei metodi misti e delle cure successive.

Il libro dei Landau non mancherà di far aumentare di molto l'interesse nascente per il metodo vaginale che, grazie alla attività infaticabile degli autori in questa materia, si è già manifestato nelle file degli specialisti tedeschi. Anche quelli che fin'ora in contrasto cogli Autori preferivano la celiotomia addominale per l'estirpazione degli annessi ammalati, hanno appreso a conoscere ed apprezzare colle indicazioni di altre operazioni (vagino-fissazioni, miomotomia e ovariotomia vaginale, taglio cesareo vaginale), anche i vantaggi della celiotomia vaginale. Anche per l'estirpazione simultanea dell'utero cogli annessi, si sono sentite già delle voci molto autorevoli tra gli operatori tedeschi.

Questo libro dei Landau sarà certamente la colonna fondamentale su cui si appoggerà la futura diffusione e l'attuazione, e lo sviluppo della ablazione totale o radicale dell'utero dalla via vaginale la quale è certo destinata ad essere molto popolarizzata.

COIJA.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIX. Marzo 1897. Num. 3.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
14 APR 97

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Parma

diretto dal Prof. E. Truzzi

L'ectropion congenito e l'erosione congenita di Fischel

CONTRIBUTO ANATOMICO

DEL

Dott. S. PATELLANI

Aiuto clinico.

Nel 1880 Guglielmo Fischel (1) richiamò l'attenzione su un particolare morfologico della porzione vaginale dell'utero delle neonate (ectropion istologico congenito ed ectropion anatomico congenito dell'orificio uterino esterno). Il Fischel occupandosi allora di uno studio di controllo dei risultati ottenuti l'anno prima da Hermann Klotz (2), che aveva ammesso l'esistenza di ghiandole sulla faccia esterna della porzione vaginale dell'utero, trovò — esaminando i genitali di 28 neonate e bambine — 10 volte più o meno estesamente tale forma anatomica.

Come riconobbe però lo stesso autore, prima di lui il Leopold, nel 1872, aveva rilevato un'erosione sulla portio di una neonata come anomalia fino allora affatto sconosciuta (3). Nella seduta della Società ostetrica di Lipsia in cui il Leopold fece tale comunicazione, l'Ahlfeld

(1) W. Fischel. « Beiträge zur Morphologie der Portio vaginalis uteri. » *Archiv für Gynäkologie*, Berlin, 1880, Bd. 16, IItes Heft., pag. 192-202.

(2) Dr. H. Klotz. « Gynäkologische Studien über pathologische Veränderungen der Portio vaginalis uteri mit Berücksichtigung des Normalbaues. » Mit 8 lithogr. Tafeln. Wien, 1879, Seidel e figlio. Vedi riv. in *C. f. G.*, 1879, N. 7, pag. 158. Ricordato è il lavoro di Klotz da quanti si occuparono dell'argomento (Ruge, Fischel, Veit, Landau e Abel).

(3) « Sitzungs-berichte der Gesellschaft für Geb. zu Leipzig vom 15 Juli 1872. » *Archiv f. Gyn.*, Bd. V, Berlin, pag. 162, 163.

dichiarò che come si hanno iniezioni vasali uterine in neonate morte per asfissia poteva darsi fosse l'erosione accennata un fatto congenere. L'idea dell'Ahlfeld, non appoggiata a dati di fatto, non trovò conferma.

Da Augusto Martin e da Carlo Ruge, scrive quest'ultimo (4), si sarebbe pure constatata tale forma fino dal 1876.

Comunque al Fischel noi dobbiamo, come oggi generalmente si ammette, il primo studio di questa interessante particolarità.

Il Fischel ritornò parecchie volte sull'argomento quando, per la polemica vivace e feconda sorta tra il Fischel stesso da una parte e Ruge e Veit dall'altra a proposito delle erosioni del collo uterino, gli animi si appassionarono ai nuovi studî (5).

Ed appunto allora le erosioni furono studiate profondamente in base a lavori pubblicati precedentemente e in quei tempi (6).

Da quell'epoca la nuova forma anatomica fu ammessa dai ginecologi. Tra gli altri Carlo Ruge si occupò del reperto di Fischel in modo

---

(4) Carl Ruge. « Die Erosion und das Ektropium. » *Cent f. Gynäkologie*, 1880, N. 21, pag. 494. Urin der Neugebornen. Zeitschrift von Martin und Fasbender, 1876, pag. 314.

(5) *a)* W. Fischel. « Die Erosion und das Ectropium. » *Centralbl f. Gynäkol.*, 1880, N. 18, pag. 425-428. — *b)* C. Ruge, nota (4) pag. 489-495. — *c)* W. Fischel. « Die Erosion und das Ectropium. » *Cent. f. Gyn.*, 1880, N. 25, pag. 585-586. — *d)* W. Fischel. « Beiträge zur Morphologie der Portio vaginalis uteri. Neue Beobactungen über das angeborene anatomische Ectropium. » *Archiv für Gynäkol.*, vol. 18, parte III, pag. 433, Berlin, 1881. — *e)* W. Fischel, « Ueber den Bau und die pathologische Bedeutung der Erosionen der Portio vaginalis uteri. Zeitschrift für Heilkunde. » *Prager Vierteljahrschrift*, Bd. II, 1881, pag. 268 e segg., rivistato in *Cent. f. Gyn.*, 1881, N. 23, pag. 556. Vedi anche: « Sur la structure et la signification pathologique des ulcérations du col utérin » par Guillaume Fischel. *Annales de Gynécologie*, Octobre 1881, Paris. Il lavoro fu preannunciato nel *C. f. G.* del 1880, pag. 586. — *f)* C. Ruge. « Bericht über die Verhandlungen der Gesellschaft für Geb. und Gyn. zu Berlin. » Sitz. 10 Mai 1881. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, vol. VII, pag. 231-233.

(6) *a)* Carl Mayer. « Vortrag über Erosionen, Excoriationen und Geschwürsformen der Schleimhaut des Cervikalkanals und der Muttermundslippen. » Berlin, 1861. (Non potei leggere il lavoro originale. Ricordo questa pubblicazione perchè in essa venne esposta una delle prime divisioni anatomiche delle erosioni che è riprodotta del resto in due memorie di Fischel in esteso (5, *e*) e nel lavoro di Doléris et Mangin (8). — *b)* Lott. « Zur Anatomie und Physiologie des Cervix uteri. » Erlangen, 1872, citato da Möricke, da Abel e Landau. — *c)* Ruge e Veit. « Zur Pathologie der Vaginalportion. Erosion und beginnender Krebs. » *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, vol. 2, pag. 415-475, Stuttgart, 1878. — *d)* W. Fischel. « Ein Beitrag zur Histologie der Erosionen der Portio vaginalis uteri. » *Arch. für Gynäkol.*, vol. XV, parte I, pag. 76, Berlin, 1879. — *e)* C. Ruge. « Die Erosion und das Ectropium, sowie über Herkunft des Cylinderepithels an der Vaginalportion bei Erosion. » *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, vol. V, pag. 248-255. Stuttgart, 1880. — *f)* C. Ruge, J. Veit. « Der Krebs der Gebärmutter » 2 Theil. *Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk.*, vol. 7 pag. 138-222, Stuttgart, 1882.

speciale esprimendosi a proposito di esso dapprima in modo dubitativo (4) avvalorando in seguito le osservazioni dell'ostetrico di Praga (7).

Nei trattati della specialità si parla oggi dell'ectropion e dell'erosione di Fischel dandosi da alcuni ad essa, come vedremo, un'importanza forse esagerata nell'interpretazione delle erosioni e dell'ectropion delle adulte.

Per consiglio del chiar. prof. Truzzi mi occupai dell'argomento, avendo avuto l'opportunità di trovare in tre casi tale forma e di poter studiare in modo dettagliato appunto in due di essi alcune particolarità istologiche. Decidendomi a pubblicare il risultato delle mie osservazioni mi limiterò a svolgere l'argomento posto come titolo del presente lavoro, occupandomi solo in modo indiretto delle erosioni in genere, questione tanto discussa e che meriterebbe di essere studiata ancora. Per quanto si riferisce alle erosioni delle adulte rimando ai lavori citati e ad un lavoro di Doléris et Mangin pubblicato nel 1888-89. Specialmente nella monografia di Ruge (7), e nel citato lavoro dei due ginecologi francesi (8) trovansi esposte e discusse le idee più importanti relative a tale questione.

Le osservazioni da me fatte sono le seguenti:

a) Bambina morta per atelettasia polmonare 6 giorni dopo la nascita il 27 Aprile 1896. Il cadaverino pesa gr. 2100 ed ha una lunghezza di cm. 43 di cui 23 cm. rappresentano la distanza dal vertice al bellico. Il diametro Bp. a. misura cm. 8.

La bambina fu portata al brefotrofio di Parma appena nata. Nulla si potè sapere relativamente all'età della gravidanza e all'andamento del parto. Il cadaverino era poco sviluppato, di sviluppo ottimestre, e non mostrava alcuna alterazione morfologica appariscente. Esportai in toto gli organi genitali. Ai genitali esterni nulla di speciale. L'imene è pervio. L'utero ha una lunghezza di mm. 35 e una larghezza sul fondo tra le inserzioni dei ligamenti rotondi di mm. 14. Quivi notasi l'avvallamento a sella caratteristico degli uteri a sviluppo endouterino non ancora completo. Le tube presentano le note tortuosità fetali del Freund e le ovaia sono allungate ed appiattite in modo normale.

---

(7) Carl Ruge. « Ueber die Erosionen an der Vaginalportion sowie ein kritischer Ueberblick über derer Literatur. » *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, vol. 8, Stuttgart, 1882, pag. 456.

(8) Doléris et Mangin. « De la métrite cervicale. Étude anatomo-pathologique de l'inflammation chronique du col utérin. » *Nouvelles archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1888-89.

Aperta, con un taglio perpendicolare al suo asse, la vagina ed incise colle forbici verso l'alto tanto la parete anteriore quanto la posteriore di essa, si presenta la portio vaginale dell'utero come una protuberanza a cono tronco colla base in alto di 16 mm. di diametro trasversale e 11 mm. di diametro sagittale. La parte libera invece tende pure ad assumere una forma ovale con un diametro trasverso massimo di 13 mm.

L'altezza della portio è di mm. 7 anteriormente e di mm. 8 all'indietro a partire dai fornici. Tra il labbro anteriore ed il posteriore esiste una divisione ben spiccata dovuta ad un' intaccatura bilaterale. In tal modo il labbro anteriore e il posteriore sporgono rispettivamente per circa 3-2 mm. sulle commissure laterali. Ampiamente beante è l'orificio uterino esterno. La mucosa cervicale così fa ectropion e si rende visibile colle caratteristiche pieghe dell'*arbor vitae* tanto all'avanti (per circa 4 mm.) quanto all'indietro (per circa 6 mm.). Essa è visibile per un tratto losangico. I due angoli più acuti trovansi alle commissure laterali distanti l'una dall'altra 13 mm., mentre i due più ampî sono anteriormente e posteriormente. La distanza tra questi due angoli è di mm. 10. Sembra anzi, per la convessità della superficie cervicale visibile, che il labbro anteriore sia ripiegato all' avanti un po' ad uncino e quello posteriore all'indietro. Una linea trasversale, dovuta all'addossarsi della mucosa cervicale, segna profondamente il limite dell'ectropion. All'esterno invece la mucosa cervicale finisce con una linea ben distinta anche ad occhio nudo essendo il colorito roseo della mucosa vicina meno vivo. Questa linea trovasi all'esterno della portio e dista anteriormente 1 mm. dal punto più sporgente del labbro uterino corrispondente, all'indietro 2 mm. dal punto più sporgente del labbro posteriore.

Al di là di questo limite, prima di arrivare alla mucosa normale della portio, si ha un' altra superficie distinta nettamente tanto dalla mucosa endo-cervicale, che conserva l'aspetto caratteristico per le pieghe dell'*arbor vitae,* quanto dalla mucosa normale della portio di color roseo ancor più pallido e perfettamente levigata. Tale superficie ha un aspetto scabro e richiama, per valermi di un paragone, uno stato come intermedio tra l'erosione semplice e la papillare della portio delle adulte.

Il limite di demarcazione tra questa superficie e quella levigata normale della portio è il seguente: a partire dall'avanti a qualche mm. di distanza dall'altezza del fornice anteriore verso destra si avvicina a poco a poco alla commettitura laterale corrispondente; si estende poi sul labbro posteriore, raggiunge quivi il cul di sacco del fornice, ripiega verso la commettitura laterale di sinistra per portarsi al punto di partenza. Posteriormente quindi tale superficie ha la forma di un triangolo, mentre all'avanti richiama lontanamente una figura semilunare colla concavità in basso.

La portio venne divisa in due metà; di una di esse mi servii per l'orientazione, dell'altra per lo studio delle singole parti. Come fissatori usai per questi pezzi e per tutti gli altri che servirono per il presente studio dei liquidi di Müller, di Zenker e dell' alcool assoluto. I pezzi furono inclusi in paraffina e le sezioni, appiccicate sui port'oggetti o sui copri oggetti coll'albumina glicerinata di Meyer, trattate nei modi soliti e colorate preferibilmente con carminio allume, con ematossilina Delafield o con picrocarminio Weigert. Molte sezioni furono da me trattate col metodo di Unna-Tänzer allo scopo di differenziare anche colla dimostrazione delle fibre elastiche, come vuole il Dührssen, la superficie esterna della portio. Il metodo di Unna-Tänzer fu da me preferito presentando il vantaggio di non esigere, prima dell'inclusione, uno speciale trattamento dei pezzi. Feci anche delle colorazioni doppie coll'orceina e col carminio allume. Ottenni pure preparati molto nitidi colorando in massa i pezzi con carminio allume. Questi mi servirono per fare numerose sezioni in serie e per stabilire con sezioni di 20 μ. di spessore le diverse misure in parecchie direzioni. Così potei controllare i reperti riferiti con esame più preciso.

Labbro anteriore. Anzitutto in vicinanza del fornice vaginale vedesi l'epitelio pavimentoso piuttosto spesso (220-330 μ.), che si estende per un breve tratto anche sulla portio. Ben distinguonsi i tre strati costitutivi, il germinativo cioè il mediano ed il superficiale. Se noi volessimo qui, come del resto nell'epitelio pavimentoso normale della portio delle adulte, chiamare lo strato mediano, come fanno alcuni per l'epitelio vaginale (9), strato interpapillare, non dovremmo tener calcolo di una circostanza speciale anatomica che appunto le papille in corrispondenza della portio anche normale sono appena accennate. Anche qui le digitazioni papillari del derma sono poco distinte, fatto importante in quanto sappiamo che nelle neonate le papille sono proporzionalmente più alte che nelle adulte (10). Interessa, per l'interpretazione di quanto andrò dicendo, un particolare istologico dagli autori accennato in qualche disegno di sezioni microscopiche (11). Al disopra delle cellule con forma cilindrica che seguono il derma papillare in una serie continua, al disopra dello strato che porta il nome di germinativo in quanto quivi si riscontrano in maggior numero le mitosi e che pur non è il solo strato germinativo, strato corrispondente all'omonimo studiato dall'Unna nella pelle, si vedono tre, quattro serie di cellule con nucleo

---

(9) G. Crosti. « Sul processo di cornificazione della vagina nei prolassi. » Studii di ostetricia e di ginecologia pubb. in onore del prof. D. Tibone. Milano, 1890, pag. 100.

(10) Heinrich Fritsch. « Die Krankeiten der Frauen. » Berlin, 1894, 6ste Auflage, pag. 57.

(11) J. Veit. « Erkrankungen der Vagina » in Veit's Handbuch der Gynäk, Wiesbaden, 1897, vol. 338, fig. 83.

grosso ben colorabile con protoplasma scarso e granuloso. Questo sottostrato inferiore dello strato mediano, o come altri dicono dello strato interpapillare, osservasi distintamente anche nell'epitelio vaginale, specie quando si esaminano le sezioni al microscopio a piccolo ingrandimento. L'altezza dello strato cilindrico più questo sottostrato dello strato mediano, è, nel caso in parola, di circa 55 μ.; è di 100-180 μ. quella del solo strato mediano e di 66-96 μ. quella del superficiale.

Mentre quasi costanti sono l' altezze dello strato cilindrico e del sottostrato profondo dello strato mediano, si hanno oscillazioni abbastanza grandi nell'altezza dello strato superficiale e del sottostrato più superficiale dello strato mediano.

Sulla superficie della portio al di là dei limiti della mucosa normale, in quel tratto che macroscopicamente presentava i caratteri di una superficie erosa, notasi lo strato basale cilindrico ricoperto da tre, quattro serie di cellule con nucleo ben colorabile e con protoplasma scarso. Questo rivestimento, alto 45-55 μ., corrisponde precisamente, come si può rilevare esaminando la zona delimitante tale superficie e quella ricoperto dal normale epitelio pavimentoso e dai caratteri delle parti costitutive e dalla forma cellulare, allo strato germinativo più il sottostrato profondo dello strato mediano di cui dissi. Il passaggio tra le due forme epiteliari avviene ad un tratto, non in modo graduale. In qualche punto nelle sezioni sagittali della portio vedesi, dopo un piccolo tratto, far ritorno l'epitelio pavimentoso alla sua forma normale di maggiore spessore. Reperto questo che corrisponderebbe ad un fatto osservato del resto anche dal Ruge e da lui raffigurato anzi nelle fig. 3 *a* e 3 *b* della tavola VIII unita ad uno dei suoi lavori (7). Nelle sezioni di Ruge però l'epitelio intermedio al pavimentoso normale era cilindrico, mentre qui risulta di parecchi strati sovrapposti ed ha l'aspetto pavimentoso. Ad eccezione di questo particolare degno di nota, su tutta la superficie in parola, di cui già dissi i limiti, l'epitelio conserva i caratteri accennati. L'epitelio non si mantiene allo stesso livello ma presentasi ondulato per numerose depressioni a forma di bottiglia, di cripte semplici o bilobate nel fondo, svasate da un lato, più ristrette invece verso la superficie libera.

Nelle insenature meno profonde (314 μ. di profondità, diametro trasversale massimo al fondo μ. 165 e minimo allo sbocco μ. 139) e in quelle ancor più piccole di aspetto come tubolare (profondità 71 μ.), l'epitelio conserva lo stesso spessore. In quelle invece più profonde (600-720 μ.), di cui alcune hanno un diametro trasversale più grande nella profondità 278 μ. e più ristretto allo sbocco 166 μ., ben visibili anche ad occhio nudo guardando le sezioni per trasparenza, l'epitelio al fondo ha uno spessore un po' maggiore che alla superficie. In alcune di esse anzi pare che la cavità tenda a poco a poco a riempirsi di elementi cellulari.

Tra le cellule epiteliali, sul fondo e sulle pareti di dette insenature, notansi degli spazî chiari a contorno perfettamente regolare aventi un diametro di 20-22 μ. Alcuni di esse sono a ridosso dello strato germinativo e ricoperti, verso la superficie libera, di due, tre strati di cellule; altri più superficialmente solo coperti da qualche isolata cellula epiteliare.

Sempre sul tratto che macroscopicamente appariva come eroso affatto in vicinanza al vero ectropion, l'epitelio si fa distintamente cilindrico. Il passaggio tra l'epitelio a pochi strati sovrapposti e il cilindrico in questi punti è graduale. Dove trovasi l' epitelio cilindrico notansi pure piccole insenature a bottiglia. Alcune di esse sono rivestite completamente da un semplice strato epiteliale cilindrico, altre per un solo tratto. In quest'ultime nelle insenature trovansi forme cellulari a ridosso dello strato cilindrico profondo. Sembra che queste cellule accennino alla tendenza della trasformazione da questo all'altro tipo epiteliale già descritto. Gli spazî chiari sono qui in numero assai limitato.

Più in là, verso l'orificio uterino, si nota una superficie poco estesa in cui, scomparse le depressioni, la mucosa rivestita da epitelio nettamente cilindrico è liscia e regolare.

Al di là di questa regione si ha la mucosa della cervice colle ghiandole ad essa caratteristiche. L'epitelio cilindrico qui ha un'altezza di 28 μ. circa, altezza corrispondente a quella notata da Möricke (12).

Nel derma numerosi sono i vasi sanguigni colpiti nelle sezioni, in direzione diversa.

Le fibre elastiche sono pur numerose al disotto dell'epitelio pavimentoso a tre strati in vicinanza quindi dei fornici.

Qui hanno la disposizione descritta e raffigurata prima dall'Acconci e poi dal Dührssen (13). Noi troviamo nel nostro caso un fascio di fibre elastiche discendente lungo l'asse della portio poco al disotto della mucosa che la riveste allo esterno. Da questo fascio dirò principale partono numerosissime e sottili fibre che si dirigono tanto al disotto della mucosa, internandosi nelle papille, quanto verso la parte centrale. Queste fibre danno così un' elegante rete. Mancano le fibre elastiche profonde descritte dagli stessi autori nelle adulte e che pur

---

(12) R. Möricke. « Die Uterusschleimhaut in der verschiedenen Altersperioden und zur Zeit der Menstruation. » Vortrag gehalten in d. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. im Februar 1881. *Zeitsch. f. Geb. und Gynäkologie*, vol. 7, Stuttgart, 1882, pag. 89.

(13) L. Acconci. « Contributo allo studio dell' anatomia e fisiologia dell' utero gestante e partoriente. » *Giornale della R. Accad. di Med.*, anno 1890, N 7, Torino. — A. Dührssen. « Beitrag zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Portio vaginalis uteri. » *Arch. f. Gynäkol*, vol. 41, Berlin, 1892, Parte 1.ª e 2.ª' pag. 259-293.

dal Dührssen furono dichiarate mancanti nelle neonate (14) quelle fibre che l'Acconci anzi disegna come derivate dal cellulare pericervicale ed addentrantisi nello spessore del collo (15). La rete elastica non cessa là dove dell'epitelio pavimentoso solo si hanno lo strato cilindrico basale e la parte più profonda dello strato mediano, ma si prolunga ancora per un piccolo tratto non conservando però la elegante disposizione descritta.

Più in là, prima ancora di arrivare all'epitelio cilindrico non ondulato che segna il passaggio alla mucosa endo-cervicale che fa ectropion, le fibre non si possono più seguire nei numerosi preparati da me fatti a tale scopo. Ho voluto insistere su questo dettaglio anatomico per richiamare l'incertezza in cui saremmo in questo caso se volessimo distinguere nelle neonate ciò che è semplice erosione da ciò che è vero ectropion della mucosa endo-cervicale dal modo di comportarsi delle fibre elastiche alle quali, in tal senso, darebbe il Dührssen nella conclusione 11.ª del citato suo lavoro (13) tanta importanza.

Labbro posteriore. A partire dal fornice vaginale, dove si ha l'epitelio pavimentoso normale, notasi una estesa superficie che macroscopicamente erosa presentasi ricoperta come dissi a proposito del labbro anteriore, dallo strato germinativo e da tre, quattro serie di cellule ad esso sovrapposte appartenenti alla parte profonda dello strato mediano. Anche qui si hanno numerose insenature a bottiglia sempre meno profonde mano mano che ci avviciniamo all'orificio uterino. Anche qui notansi nella profondità di alcune insenature gli spazî chiari già ricordati. Più in basso, verso l'apice della portio, dove le insenature sono meno pronunciate, l'epitelio è perfettamente cilindrico per circa un mm. Al di là di questo limite si arriva senz'altro alla mucosa cervicale extroflessa colle ghiandole ad essa caratteristiche. Anche sul labbro posteriore vedonsi alcune depressioni che vanno riempiendosi di elementi cellulari e notansi, relativamente alle fibre elastiche, le particolarità già ricordate.

b) Bambina di mesi 19 e 1[2. Lunghezza cm. 70. Peso Kg. 7,900. Morì il giorno 10 Maggio 1896 per bronco pneumonite destra. Costituzione morfologica affatto normale. Esportati completamente gli organi genitali e portato l'esame su di essi notasi l'imene pervio, l'utero piuttosto piccolo nel corpo e nel collo (26 mm.).

Il fondo dell'utero ha una larghezza di cm. 1 ed uno spessore di mm. 4. Anche qui il fondo uterino è un po' arcuato a sella e ben distinte sono le tortuosità tubariche. Nulla di speciale relativamente alle ovaia di volume e di aspetto normale.

---

(14) A. Dührssen. Loc. cit., Nota precedente, pag. 276.

(15) Acconci. Loco cit. Vedi nota 13, fig. 1-3.

Esaminando la porzione vaginale dell'utero, tagliando trasversalmente nel suo terzo superiore la vagina ed incidendone fino ai fornici le pareti anteriore e posteriore, si nota che è piccola, poco sviluppata, conica. Il labbro posteriore è un po' più prominente dell'anteriore. Il primo ha, a partire dal fornice corrispondente, una lunghezza di 7 mm.; il secondo di mm. 5. Per ciò, essendo l'orificio esterno quasi circolare e disposto su uno stesso piano senza le intaccature osservate nell'altro caso alle commissure laterali, la portio richiama l'aspetto del grugno di un porco, del muso allungato di un tapiro. Alla base la portio ha un diametro antero-posteriore di 7 mm. ed uno trasversale di mm. 9.

Tutt'attorno all'orificio uterino esterno vedesi una superficie più rosea della restante mucosa avente all'avanti un'estensione di 1|2 mm. circa, posteriormente di 2 mm.

Qui la mucosa cervicale ha fatto ectropion su tutta la periferia dell'orificio dell'utero. All'esterno di tale superficie si ha la mucosa normale della portio di un colorito più pallido, liscia, continuantesi, senz'alcuna differenza rilevabile, sui fornici e sulle pareti della vagina.

Tagliai trasversalmente il collo dell'utero al disopra dell'inserzione vaginale. Colorii in massa il pezzo con carminio allume e lo sezionai in serie (191 sezioni antero-posteriori). Alcune sezioni furono successivamente trattate col metodo di Unna-Tänzer. Il connettivo del derma è, verso la mucosa, ondulato non presentando sollevamenti spiccati e papillari. Le cellule dell'epitelio sono stipate, addossate tra di loro. Quelle a palizzata dello strato germinativo hanno forma cubica e nucleo intensamente colorato, mentre meno colorati sono i nuclei delle cellule che stanno ad esse superiormente. Anche quest'ultime sono piccole, abbastanza regolari di forma con protoplasma granuloso. Questo epitelio pavimentoso ha uno spessore uniforme di 71-82 μ.

Tanto in corrispondenza del labbro anteriore quanto del posteriore vedesi d'un tratto all'epitelio pavimentoso sostituirsi il cilindrico della mucosa cervicale che ha dato luogo all'ectropion. Questo epitelio è piuttosto basso solo di 2 μ. di spessore. In qualcuna delle sezioni vedonsi comparire subito coll'epitelio cilindrico le ghiandole a palco di cervo proprie della mucosa endo-cervicale.

Le fibre elastiche costituenti la già accennata rete sotto-mucosa seguono l'epitelio pavimentoso senza raggiungere però il limite più basso di esso sulla portio. Anche qui sono numerosi i vasi sanguigni.

Nei casi in cui esiste l'ectropion anatomico il Fischel (16) scrive che possiamo trovarci in un non lieve imbarazzo a stabilire dove l'ori-

---

(16) W. Fischel. Loc. cit. 5 *d*, pag. 436-437.

ficio esterno si trova non essendo ben limitato. In questo caso, considerando il limite di passaggio dell'epitelio pavimentoso al cilindrico con caratteri endo-cervicali, dovremmo dire che è più all'esterno del punto in cui apparentemente sembrerebbe trovarsi.

Non solo in questi casi, ma anche in condizioni affatto normali gli autori non sono a tale proposito d'accordo. Alcuni, quali il Friedländer (17) e il Möricke (18) ammettono che il limite tra l'epitelio pavimentoso e il cilindrico corrisponda proprio all'orificio esterno [anche Tylor Smith, Kölliker, Hennig sono di questo parere (19)]; altri credono che a volte l'epitelio pavimentoso risalga al disopra di esso [Lott (20), Abel e Landau (21), Henle e Hyrtl] e arrivi — come vorrebbe il Luschka — all'orificio uterino interno [J. Heitzman contraddice assolutamente tale idea (19)] oppure [Veit (22)] a 6 mm. di altezza nel canale cervicale.

Non esiste, nel nostro secondo caso, un passaggio graduale tra le due forme di epitelio. Il limite netto è visibile ad occhio nudo avendo la superficie epiteliare cilindrica un color rosso meno vivo della pavimentosa. Quando invece si ha la così detta erosione congenita allora possono aversi (come nel nostro primo caso) tra l'epitelio pavimentoso a tre strati e il cilindrico del canale cervicale delle forme intermedie senza che queste richiamino mai un epitelio di transizione simile a quello esistente in vescica, come vorrebbe Lott (23), o ben differenziale, come ammetterebbe Williams. Nei casi in cui tra le due forme tipiche, pavimentosa e cilindrica, vedevasi l'epitelio pavimentoso ridursi a tre, a due strati e quindi a forma cilindrica descritti da Landau e da Abel (24) trattavasi di porzioni vaginali dell'utero di bambine in cui probabilmente si aveva la così detta erosione di Fischel.

---

(17) Theodor Landau u. K. Abel. « Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Gebärmutterhalses. » *Archiv für Gynäkol.*, vol. 38, 2.ª parte, Berlin, 1890, pag. 203. — Friedlaender. « Physiologisch-anatomische Untersuchungen über den Uterus. » Leipzig, 1870.

(18) Möricke. Loco cit. (9), pag. 101.

(19) J. Heitzmann. « Spiegelbilder der gesunden und kranken Vaginalportion und Vagina. » I. Abtheilung, Wien, 1883, pag. 21-22.

(20) Lott. Loco cit. (6 *b*), pag. 14, e Landau-Abel, loc. cit. (17), pag. 203-204.

(21) Abel e Landau. Loco cit. (17), pag. 211.

(22) J. Veit. « Zur normalen Anatomie der Portio vaginalis uteri. » *Zeitschrift f. Geb. u. Gynäk.*, vol. V, XV, Stuttgart, 1880, pag. 240.

(23) Lott. Loco cit. (6 *b*), pag. 17.

(24) Landau e da Abel. Loco cit. (17), pag. 212.

Nelle osservazioni fatte sulle adulte, pure dovute agli stessi autori, erosioni preesistenti potevano essere in via di guarigione secondo il processo istologicamente fatto conoscere da Hofmeier (25).

Nel caso da me descritto le ghiandole cervicali a palco di cervo cominciavano subito colla mucosa del canale cervicale. Questo, come venne riferito anche da altri, è un fatto quasi costante nelle neonate e nelle bambine, mentre nelle adulte possono le ghiandole cervicali cominciare molto più in alto (26).

Sulla superficie esterna della portio non trovansi vere ghiandole. Le osservazioni mie coincidono a tale riguardo con quelle di Veit (22), di Abel e di Landau (27), di Fischel e di altri autori (28).

Per ciò non mi pare fuor di luogo supporre che l'osservazione isolata di Klotz nel 1879 sia riferibile ad un fatto puramente patologico. Quando però si rileva macroscopicamente la così detta erosione congenita trovansi delle insenature, come abbiamo visto, più o meno profonde che lontanamente potrebbero richiamare tale aspetto a chi di esse facesse esame superficiale. Queste insenature riscontransi tanto nei casi in cui la superficie come erosa è ricoperta da epitelio pavimentoso a pochi strati sovrapposti quanto in quelli in cui invece si ha l'epitelio cilindrico (29). Non sono, per altro, queste depressioni che la prima traccia delle papille del derma della mucosa che si formerà più tardi con epitelio pavimentoso normale.

E che tale interpretazione sia giustificata lo provino: la tendenza che hanno a riempirsi mano mano di elementi cellulari; l'essere persistenti anche quando l'epitelio pavimentoso è formato definitivamente allora come spazî chiusi; la loro forma e il loro aspetto microscopico quando si riesca in qualche punto a vedere le insenature non ancora completamente riempite da elementi cellulari che si dispongono a ricoprire parte del fondo e delle pareti di esse.

Partendo da questo concetto possiamo comprendere le osservazioni

---

(25) M. Hofmeier. « Folgezustände des chronischen Cervicalkatarrhs und ihre Behandlung. » *Zeitsch. f. Geburts. u. Gynäk.*, vol. IV, pag. 350. Stuttgart, 1879.

(26) Karl Abel. « Die mikroscopische Technik und Diagnostik in der gynäkologischen Praxis. » Berlin, 1895, pag. 23-24.

(27) Abel e Landau. Loco cit. (17), pag. 211 e 216.

(28) Fischel. Loco cit. (6 *e*), pag. 255.

(29) Carl Ruge. Loco cit. (7), vedansi anche le figure della tavola VIII.

di Wagner fatte fino dal 1856. Egli avrebbe trovato sulla faccia esterna della portio ghiandole semplicemente tubolari o ramificate dilatate nel loro fondo cieco e perpendicolari alla superficie libera della mucosa (30). Sulla portio delle neonate si notano distinte papille quantunque non molte elevate come ammette anche il Winter (31). Queste papille col progredire dello sviluppo degli organi genitali si fanno sempre più appianate. Succede qui in un tempo molto più breve ciò che è noto succedere per le papille vaginali le quali sono molto spiccate ed alte nelle bambine e nelle vergini, più appianate nelle donne vecchie.

Esaminando numerose sezioni in serie tanto del labbro anteriore che posteriore del primo caso e della portio completa del secondo, si vede che le insenature, o depressioni descritte nelle sezioni isolate seguite nelle sezioni successive, mentre dovrebbero scomparire se fossero ad esempio tubolari, continuano in direzione trasversale. Richiamano esse quindi l'impressione di ripiegature trasversali e l'aspetto caratteristico della portio di alcuni animali che fece dare in veterinaria alla portio vaginale dell'utero il nome di fiore sbocciato.

L'appianamento della superficie della portio e quindi dei sollevamenti papillariformi avviene piuttosto precocemente. Non potrebbe quindi qui essere invocato nell'eziologia di esso il traumatismo del parto e delle coabitazioni sessuali che sotto un certo punto di vista è considerato causa dell'appianamento dello strato papillare del derma vaginale col progredire dell'età.

In ultima analisi le ripiegature della portio delle neonate e delle bambine, ripiegature trasversalmente colpite nelle sezioni microscopiche sagittali, rappresenterebbero un fatto transitorio nello sviluppo come è un fatto transitorio nello sviluppo la divisione più o meno spiccata dei tubi mülleriani richiamante condizioni anatomiche permanenti in altri animali (32).

---

(30) Citato da Heitzmann (19), pag. 23 « Beitrag zur normal u. pathol. Anatomie der Vaginalportion. » *Archiv für phys.* Heilk., 1856.

(31) G. Winter. « Lehrbuch der gynäkologischen Diagnostik unter Mitarbeitung von Carl Ruge. » Leipzig, 1896, pag. 56-57

(32) S. Patellani. « Die mehrfachen Schwangerschaften, die Extrauteringraviditäten und die Entwickelungsanomalien der weiblichen Geschlechtsorgane vom anthropogenetischen Gesichtspunkte aus betrachtet. » *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, vol. XXXV, pag. 372-412. Stuttgart, 1896.

L'orificio uterino esterno dell'utero nelle neonate non sempre è rotondeggiante come generalmente si ammette descrivendolo di tale forma allo stato verginale. Alcune volte, nel minor numero dei casi però, è ovale. Altre volte presentasi perfino depresso in corrispondenza delle commissure laterali. Su questo dato del resto già richiamò l'attenzione degli autori il Fischel ripetute volte, insistendo sulla sua importanza medico-legale per la diagnosi di parti avvenuti. Non va dimenticato però che altri negarono a tale forma valore in questo senso (33) (Veit, Zweifel).

Alcune forme speciali della portio descritte in ginecologia, quali la tapiroide del Ricord, quelle ad uncino ed a grembiale di Beigel sono in atto alla nascita. Nel secondo caso da me descritto si aveva appunto una delle forme ricordate.

Per quanto le forme congenite di Fischel non debbano essere molto rare, stando alle osservazioni dello stesso Fischel che le riscontrò 10 volte esaminando 28 portio di neonate ed alle ricerche mie — da pochi mesi portai in modo speciale la mia attenzione su questo argomento e già riscontrai tre casi del genere, — pure poco numerose ed incomplete ancora sono le descrizioni anatomiche fin qui, a conoscenza mia, pubblicate.

Il Leopold nel 1872 (3) si limitò alla semplice descrizione macroscopica del caso da lui osservato.

Nella prima pubblicazione sull'argomento del Fischel (1) noi leggiamo: L'aspetto che presentano le erosioni sulla portio vaginale delle neonate è un po' diverso tanto per l'estensione quanto per la forma.

Nel maggior numero dei casi vedesi l'orificio esterno allungato in direzione trasversale circondato per 3-4 mm. da un bordo arrossato e splendente che mostra tanto anteriormente e posteriormente quanto ai lati una medesima estensione. In altri casi l'erosione è più sviluppata ai lati oppure sulla faccia inferiore delle labbra del collo. Già ad occhio nudo possiamo distinguere due forme di erosioni: una in cui notasi in toto un aspetto lucente, un'altra in cui la superficie è scabra,

---

(33) Bericht über die gynäkologische Sektion der Naturforscherversammlung (1881) in Salzburg. *Beilage zum Centr. f. Gyn.*, 1881, N. 21, pag. 5. I due preparati presentati allora dal Fischel (19 Settembre 1881) sono quelli descritti nel lavoro citato (5 *d*). « Verhandlungen der gynäk. Sektion der 54 Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Salzburg. » *Arch. f. Gynäkologie*, vol. 18, pag. 472, III parte, Berlino, 1881.

finamente granulosa richiamante senz'altro l'aspetto papillare. Le papille in alcuni casi sono tra di loro tanto ravvicinate che le introflessioni tra di esse esistenti ricordano la forma di ghiandole tubolari semplici o divise nella loro profondità. Tutta la superficie, comprese le introflessioni, è ricoperta da un alto epitelio cilindrico elegante e regolare.

Solo in qualche tratto, specie all'apice di alcune papille, l'epitelio è un po' più basso, cubico sempre però ad uno strato. Forme di passaggio all'epitelio pavimentoso non si hanno. I limiti tra i due epiteli sono sempre spiccati e in modo che ad esempio una papilla viene da un lato ricoperta da epitelio pavimentoso stratificato e dall'altro lato da epitelio cilindrico.

Alcune volte si hanno delle introflessioni ramificate che richiamano perfettamente l'aspetto di ghiandole acinose. I fondi ciechi sempre sono ricoperti da epitelio cilindrico. Anzi sovente trovasi nell'interno di esse un turacciolo mucoso.

Raccogliendo i dati accennati ed altri che trascuro per brevità — veggasi il lavoro originale — il Fischel scrive: Nel 36 0[0 dei casi, nelle neonate la superficie vaginale della portio dell'orificio esterno verso i fornici è ricoperta per un tratto più o meno esteso da mucosa la quale non solo si differenzia per il suo epitelio cilindrico, ma anche per il suo aspetto papillare, per le sue ghiandole e cripte secernenti muco. I limiti quindi tra la mucosa vaginale e l'uterina non devono stabilirsi al maximum all'orificio uterino esterno, ma quest'ultimo può estendersi più o meno verso la volta vaginale. Il Fischel chiamò questa condizione di cose col nome di ectropion istologico congenito dell'orificio esterno dell'utero.

Nella stessa pubblicazione il Fischel scrive di un'altra particolarità morfologica, dell'ectropion anatomico congenito, riscontrato esaminando la portio di un'altra neonata. Mancando, dice, nei 2[5 inferiori le commissure laterali dell'orificio uterino esterno, le due labbra si erano come individualizzate. Il bordo più sporgente del labbro anteriore era lontano dal posteriore di circa 9 mm. e le superficî cervicali sulle due labbra erano visibili per un tratto di 5-6 mm. Alla importante memoria ricordata va unita una tavola in cui vedonsi raffigurate le due portio e le sezioni di esse praticate con direzioni diverse.

Nel 1881 lo stesso autore (5 *d*) ritornò sull'argomento descrivendo un utero di una bambina nata a termine e morta 6 giorni dopo per ca-

tarro intestinale. La lunghezza del viscere era di mm. 41; la larghezza del fondo tra l'inserzione dei legamenti rotondi di mm. 16, lo spessore di mm. 11. La portio presentava le seguenti misure:

Dalla metà della volta vaginale all'apice del labbro anteriore	mm.	9,0
» » » » » » » posteriore	»	9,5
Dalla commissura laterale destra al fornice vaginale . . .	»	7,0
» » » sinistra » » . . .	»	6,5
Una massima larghezza dell'orificio uterino di	»	8,0
Dall'apice del labbro anteriore a quello del labbro posteriore	»	10,5

Visibile era la mucosa cervicale colle pieghe dell'*arbor vitae* per un tratto di 7 mm. all'avanti e di 5 mm. posteriormente.

La portio vista di fronte presentava visibile il canale cervicale come se esistesse una lacerazione bilaterale. Divergendo le due labbra il canale cervicale sembrava come aperto ad imbuto.

Questo caso di ectropion congenito anatomico appariva come l'ectropion da lacerazione delle adulte.

Il Fischel aggiunge la descrizione di un'altra portio di neonata con caratteri un po' diversi. Questa presentava l'orificio uterino esterno dilatato circolarmente. Attraverso ad esso faceva procidenza un tumoretto sferico costituito dalla mucosa cervicale prolassata colle caratteristiche pieghe dell'*arbor vitae.*

In essa si aveva all'orificio uterino esterno il limite tra l'epitelio pavimentoso ed il cilindrico. Aumentata in superficie la mucosa cervicale non trovando più posto nella cavità del collo si era spinta all'infuori dell'orificio esterno. Corrispondeva questa portio a quella designata da Boivin e da Dugès col nome di extroversione del collo dell'utero, riprodotta nell'Atlante di E. Martin coll'indicazione « mucosa cervicale tumefatta ed affetta da infiammazione cronica » e da Courty col nome di « eversione o ectropion della mucosa del collo. » Le due portio sono raffigurate a pag. 435 e 451 del citato lavoro di Fischel.

Carlo Ruge (7) ebbe occasione di controllare, come già dissi, i reperti del ginecologo di Praga. Egli esaminando la portio di una neonata a termine, portio che per forma e grossezza era affatto normale, osservò, attraverso all'orificio uterino esterno aperto in direzione trasversale, un anello arrossato, vellutato, che nettamente si distingueva dal pallido epitelio pavimentoso vicino. Sulla superficie esterna del

labbro anteriore trovavasi una superficie triangolare avente l'aspetto delle erosioni papillari delle adulte. L'apice del triangolo vedevasi ad occhio nudo diretto verso il fornice mentre la base seguiva la larghezza dell'orificio uterino. L'altezza di questo triangolo era di cm. 1 1[4. Su tutta la faccia esterna della portio eranvi delle ripiegature che si interrompevano in corrispondenza della superficie erosa. Posteriormente questa si estendeva solo per mm. 1,5.

Al microscopio rilevavasi ai fornici epitelio pavimentoso: successivamente (labbro anteriore, regione mediana), epitelio cilindrico che si estendeva fino all'orificio esterno e che si ripiegava quindi nel canal cervicale.

Sulla superficie esterna ricoperta da epitelio cilindrico notavansi dei sollevamenti papillari. Le papille avevano diverso aspetto, erano diversamente sviluppate sempre ricoperte da epitelio cilindrico. In qualche punto anche verso la vagina cessava l'epitelio pavimentoso ed appariva il cilindrico colle stesse introflessioni.

A proposito di questo caso il Ruge concludeva: che nell'erosione congenita la portio e anche parte della vagina non sono completamente rivestite da epitelio cilindrico semplice con sollevamenti papillari; che l'erosione di Fischel interrompe le pieghe vaginali sulla portio e che, quantunque siavi tale disposizione, la superficie che dobbiamo considerare come vaginale non finisce all'orificio uterino esterno o nel punto dove si inizia l'epitelio cilindrico, ma più di frequente nel canale della cervice dove l'aspetto papillare cessa per dar posto alle ghiandole cervicali; che tali erosioni delle neonate sono transitorie e non accompagnate da manifestazioni infiammatorie.

In un secondo caso pure esaminato dal Ruge la portio, di forma normale, presentava attorno all'orificio esterno una superficie erosa larga 2 mm. cui seguiva l'epitelio pavimentoso. Sulla faccia vaginale però si notava un sottile strato di epitelio pavimentoso che, solo in corrispondenza dei fornici, lasciava posto ad uno spesso strato di epitelio della stessa natura. Questo sottile epitelio piatto raggiungeva solo 1[5 dello spessore dell'epitelio più spesso. Anche qui si aveva una forma ghiandolare con introflessioni superficiali. L'aspetto generale di questo tratto lasciava pensare trattarsi di un'erosione in cui stava per iniziarsi il rivestimento con epitelio pavimentoso giovane a soli due, tre strati di cellule sovrapposte.

La vera erosione assai limitata era come il residuo di una superficie estesa a tutta la portio.

Pure in questo studio il Ruge aggiungeva la descrizione di un caso di ectropion congenito in cui la portio lasciava in modo distinto, visibile la mucosa endocervicale extroflessa con insenature richiamanti l'*arbor vitae*.

All'esame microscopico vedevasi all'epitelio pavimentoso seguire, nel punto dove sembrava iniziarsi la mucosa cervicale, il cilindrico con sollevamenti papillari alla superficie e qua e là con poche introflessioni simili a tubi ghiandolari semplici e profondi. Queste erano senza difficoltà differenziabili dalle ghiandole della cervice. La semplice osservazione macroscopica dava la certezza che il limite tra l'epitelio cervicale e quello vaginale risalisse nel canale endo-uterino.

L'epitelio pavimentoso non finiva d'un tratto ma si assottigliava. Le infossature tra le papille trovavansi quasi completamente riempite da elementi epiteliari. In altre infossature vedevasi anzi iniziarsi la stratificazione dell'epitelio cilindrico e la trasformazione di esso in pavimentoso. Anche l'epitelio che trovavasi sulla parte libera delle papille cominciava a modificarsi. Come in questo caso in cui a poco a poco si rivestiva tutta la superficie di epitelio pavimentoso così anche in un'altra portio con ectropion notavasi la medesima particolarità.

In un'altra portio ripiegature simili a quelle vaginali continuavano circolarmente offrendo, viste di fronte, l'aspetto della cresta irregolare di un monte. Anche l'orificio uterino era circondato da esse. L'epitelio pavimentoso si approfondiva nel canale della cervice.

Altri due casi osservati descrive il Ruge nello stesso lavoro. In uno di essi la portio era pianeggiante pur ricoperta da epitelio pavimentoso. A partire dai fornici si vedevano delle interessanti oscillazioni nello spessore dell'epitelio. Nell'altro l'epitelio pavimentoso, ricoprente quasi totalmente la portio, presentavasi per un tratto piccolissimo mancante. Qui si aveva invece l'epitelio cilindrico.

Una serie di erosioni fu pure studiata dal punto di vista istologico da un altro allievo di Schröder, dal dott. Matusch nel 1881 (34). Essendo

---

(34) Felix Matusch. « Ueber die Erosionen an der Portio vaginalis. » Dissertation aus der Schröder'schen Klinik in Berlin, 1881. Vedi anche *C. f. G.*, 1882, N. 12, pag. 183.

però il lavoro di Matusch uscito dalla Clinica dove, in tale epoca, furono compiuti dal Ruge i suoi importanti lavori e per di più il materiale in parte descritto anche dal Ruge; e non venendo del resto il Matusch a conclusioni diverse da quelle cui erano venuti gli autori che si erano prima di lui occupati dell' argomento, tralascio — per brevità — di trascrivere quanto egli ha pubblicato.

Mi limito invece a ricordare che anche F. Winckel (35) osservò personalmente due casi di ectropion congenito del Fischel. Di uno di essi anzi ci diede il disegno nel suo trattato di ginecologia. Dalla figura sembra trattisi di una semplice erosione un po' più spiccata sul labbro anteriore.

(Continua).

---

(35) F. Winckel. « Lehrbuch der Frauenkrankheiten, » 2.te Auflage. Leipzig, 1890, pag. 358.

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Palermo
diretto dal Prof. G. Chiarleoni

Contributo allo studio della rotazione assiale dei tumori ovarici

DEL
Dott. PIETRO MARCHESI
Aiuto.

(Continuazione, vedi pag. 117).

Dalla lettura dei casi citati non si scorge quasi nulla che si allontani da ciò che ripetutamente è stato scritto in trattati e memorie speciali sull'argomento. Ciò nullameno questi casi oltrechè facilitarmi il compito della trattazione del soggetto, offrendomi la dimostrazione clinica di fatti più o meno discussi e discutibili, possono per loro stessi riuscire interessanti per qualche specialità offerta nella sintomatologia e che vale la pena menzionare.

Noi adunque, con l'idea di prendere nota di ciascuna particolarità anatomica e clinica offertaci dai singoli casi, non vorremo certamente essere d'accordo con il Duplay (1), quando dice, che avvenuta una torsione del peduncolo, la diagnosi particolareggiata del caso, se il tumore è ruotato a destra ovvero a sinistra, se il peduncolo è lungo o non, non abbia alcuna importanza pratica essendo la indicazione terapeutica in tutti i casi la stessa; noi invece studieremo particolarmente questi casi, poichè, anche se per la pratica non hanno grande valore, dal lato scientifico riescono sempre interessanti, e credo che un clinico non potrà chiamarsi soddisfatto, se non quando si sarà potuto rendere ragione, per quanto è possibile, della causa intima di tutti i fenomeni morbosi che esso incontra.

I casi di rotazione assiale di tumori addominali (ma più specialmente delle cisti ovariche, come quelle che con maggior frequenza

(1) Duplay. « Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. » *Gaz. des. Hôp.*, 15 Nov. 1891.

degli altri tumori vi si trovano complicate), osservati prima che Rokitansky (1), nel 1865, avesse, per il primo, studiato accuratamente sul cadavere questa complicazione e ne avesse dato già allora una percentuale del 13 0[0, erano isolatamente sparsi qua e là nella letteratura, e da quell'epoca e da quando Wiltshire, per il primo, nel 1868, operò un caso di cisti ovarica con strozzamento del peduncolo per rotazione assiale del tumore, il numero di questi casi andò aumentando e così sorsero a poco a poco insieme alla pubblicazione dei casi, anche le varie teorie.

Per ciò che riguarda la priorità del Rokitansky nello studio di questo argomento, piacemi riportare quello che il prof. Chiarleoni (2) scriveva in sul proposito nel 1886: « La storia dello strozzamento dei » tumori ovarici per rotazione sul proprio asse è tutta contemporanea, » e risale, a detta dell' Olshausen (« Malattie delle ovaie » in *Encicl.* » *chir.* di Pitha e Billrhoth) all'anno 1845, nel quale lo Hardy (in *The* » *Lancet,* 5 Aprile 1845) ne descriveva un caso. Nell'anno successivo il » Ribbentropp dichiarava per averne osservati parecchi casi, che la » torsione del peduncolo non era un fatto raro. Indi, riferiti i fatti di » Van Buren (1850), di Willigh (1854) e di Patruban (1855), lo scrittore » sopracitato passa a parlare del lavoro importantissimo in proposito » fatto dal Rokitansky nel 1860. Ma al dire di Gallez (« Hystoire des » kystes de l'ovaire » pag. 149) e di Tait (« On axial rotation, etc. » in » *Obstetrical Transact,* 1880), primo a parlare della torsione dei tumori » ovarici sarebbe il Rokitansky, il quale nella *Allgemeine Wien. Med.* » *Zeitschrift* del 1840 scriveva in proposito un lavoro dal titolo: « Ueber » Achsendrehung d. Tuben u. Ovarien und ueber Strangulation der » letzteren durch Axendrehung » e nel successivo anno 1841 descriveva » la torsione del peduncolo nel suo « Trattato di anatomia patologica. » » Codeste date mettono fuori contestazione la priorità che spetta in » merito al Rokitansky, ecc. »

Ed invero questa priorità viene da tutti ammessa tranne che dal Piccinini (3) il quale la vuole dare all'Hardy, come quello che per il

---

(1) Rokitansky. « Lehrbuch, » III, pag. 413.

(2) Chiarleoni. « Strozzamento da rotazione assiale di un sarcoma del grande epiploon. » *Annali Univ. di Medicina,* vol. 275, anno 1886.

(3) Piccinini. « Contributo allo studio della rotazione assiale dei tumori addominali. » *Ann. d'Ost. e Gin.,* Febbraio 1892, pag. 132.

primo scoprì questa complicanza all'autopsia nel 1844. Si noti che nel 1860 William Terner (1) presentava alla Società di Edimburgo sette casi di torsione del peduncolo.

Tralascio per ora di enumerare gli autori che dopo quest'epoca ebbero occasione di occuparsi della rotazione assiale dei tumori addominali, poichè nel prosieguo di questo lavoro, verranno quasi tutti menzionati.

La frequenza con cui dai vari autori viene con differenti percentuali indicata la esistenza della torsione del peduncolo varia tra confini abbastanza larghi: così lo Spencer Wells (2) tra 500 ovariotomie ha trovato 12 volte la torsione, cioè nel 2.4 0[0 dei casi; in ragione della percentuale crescente viene poi il Lehmann (3), il quale nella Clinica di Martin tra 1000 laparotomie ha potuto osservare 199 tumori ovarici dei quali 10 con peduncolo torto, cioè il 5.03 0[0; poi viene il Terillon (4) che dà il 6 0[0; indi l'Olshausen (5) che dà una media dell'8 0[0, Thornton (6) che ha trovato il 9.5 0[0; Rokitansky (7) col 13 0[0; Harrison Cripps (8) anche col 13 0[0 allo incirca; Schröder (9) col 14 0[0; Schauta (10) col 20 0[0; Howitz (11) col 25 0[0. Le percentuali più alte sono date da Freund (12) che ha trovato il 37.5 0[0, da Küstner (13) il quale dà il 38 0[0 e da Mickwitz (14) il quale in 36 casi di cisti ovariche ha trovato 17 volte la torsione del peduncolo, cioè in più del 47 0[0 dei casi.

---

(1) Terner. *Edinburgh Med. Journal*, 1860-61, pag. 698.

(2) Spencer Wells. « Dei tumori ovarici ed uterini, ecc., » 1883, pag. 64.

(3) Lehmann. « Ueber Stieltorsion der Ovarialtumoren. » *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1891.

(4) Terillon. « De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. » *Rév. de Chir.*, 1887, pag. 245.

(5) Olshausen. « Krankheiten der Ovarien, » 1886, § 65.

(6) Thornton. *Am. Journ. of the Med. Sciences*, 1888, pag. 357.

(7) Rokitansky. « Lehrbuch, » III, pag. 149.

(8) Harrison Cripps. *The Lancet*, 15 Febbraio 1896.

(9) Schröder. *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1882, 16 e 17.

(10) Schauta. « Lehrbuch d. gesammten Gynäkologie, » 1895, pag. 385.

(11) Howitz. *Centralblatt f. Gynäk.*, 1885, N. 18.

(12) Freund. « Der gewöhnliche u. ungewöhnliche Wandermechanismus wachsender Eierstockgeschw. » *Volkmann's Samml. Klin. Vorträge*, N. 361-362.

(13) Kuestner. « Das gesetzmässige in der Torsionspirale torquirter Ovorialtumorstiele. » *Centralbl. f. Gyn.*, N. 11.

(14) Mickwitz. « Ueber die anatom. u. Klin. Bedeutung der Stieltorsion, etc. » Dorpat, 1891.

Se anche noi volessimo aggiungere il nostro contributo diremmo che su 25 cisti ovariche operate nelle cliniche di Catania e Palermo in 40 mesi circa dal prof. Chiarleoni, la torsione del peduncolo si trovò 17 volte, cioè in una proporzione del 28 0|0.

Le differenti percentuali della frequenza trovano il loro motivo nel fatto che non sempre i relativi casi venivano sotto l'osservazione, o forse non sempre venivano diagnosticati, oppure venivano diagnosticati soltanto quelli che per la imponenza dei sintomi non davano luogo ad equivoci. Questo ci porta a dire che non sempre la torsione del peduncolo s'impone per una fenomenologia speciale, ciò che dipende da vari fatti di cui più tardi avremo ad intrattenerci e di uno dei quali dobbiamo fare accenno a questo punto per la opportunità della trattazione del soggetto. Il differente grado di torsione ha dato luogo a differente interpretazione sul significato clinico del medesimo. Così diremo del Mickwitz (1) il quale, seguendo le idee del Küstner, trascura le torsioni inferiori ai 180° prendendo questo grado come limite inferiore della torsione del peduncolo, imperocchè soltanto con questo grado di torsione si possono avere quelle alterazioni nel tumore, che danno luogo ai sintomi clinici ed alle complicanze caratteristiche.

A mio credere questo concetto è troppo restrittivo, assoluto, e mi pare che non si debbano trascurare neppure i casi dove la torsione vi sia fatta per 90° soltanto, potendo già a questo grado venire in scena delle considerevoli alterazioni anatomiche nel tumore. v. Wiser (2), va anche più in là e pensa che con un peduncolo corto e largo una rotazione del tumore anche di soli 45° può produrre una completa chiusura delle vene a pareti sottili, che decorrono nel peduncolo; per cui egli viene alla conclusione che: « La torsione del peduncolo, che sia in » grado di produrre dei sintomi clinici e delle alterazioni anatomiche, » non dipende soltanto dal grado della rotazione assiale del tumore, » ma anche relativamente a questo dalla costituzione del peduncolo. »

Che poi si debba giudicare la torsione ed i limiti di essa alla stregua dei sintomi clinici che essa produce, potrebbe sembrare anche esagerato, quando si voglia pensare che un lento ma costante mecca-

---

(1) Mickwitz. « Ueber die anatomische u. Klin. Bedeut. der Stieltorsion. » Dorpat, 1891, pag. 57.

(2) v. Wiser. « Ein Fall von Axendrehung einer Parovarialcyste. » Diss., Bonn, 1895, p. 23.

nismo di torsione può giungere al punto, senza disturbare per nulla il solito quadro clinico di un tumore ovarico, da portare in esso delle considerevoli alterazioni, come il nostro primo caso, nel quale i disturbi subbiettivi erano di pochissima entità. Basterà che noi accenniamo di volo come la torsione del peduncolo sia sempre un fatto secondario, consecutivo a quello primario della rotazione del tumore e che quella prende su questo il sopravvento, quando il peduncolo per lo strozzamento completo o non dei vasi che in esso decorrono, provoca una lunga serie di alterazioni locali e di disturbi e sofferenze generali.

Ora conviene soffermarci un momento per stabilire certi fondamenti e considerazioni indispensabili alla esatta comprensione dell'argomento.

Perchè si produca torsione del peduncolo, qualunque movimento rotatorio più o meno rapido, più o meno intenso impresso ad un tumore addominale, non può e non deve estrinsecarsi che lungo un asse il quale sia il prolungamento dell'asse del peduncolo stesso. Altrimenti, come fa notare anche Mickwitz nel più volte citato lavoro, una rotazione del tumore la quale si svolga intorno ad un asse che non sia parallelo o quasi a quello del peduncolo, non potrà produrre giammai una torsione del peduncolo, ma soltanto una flessione di esso. Se imaginiamo un peduncolo di una cisti ovarica, il quale non sia troppo corto, formato dalla tromba, dal legamento largo e da quello utero-ovarico, esso avrà un decorso più o meno orizzontale od obliquo e farà sempre un angolo più o meno aperto colla continuazione del suo asse con quello del tumore, in modo che, se in questo caso si verifica la condizione espressa dallo Spencer Welles (1), per cui « la lunghezza » del peduncolo lascia libero il campo alla tendenza che questi tumori » hanno di girare su sè stessi, » il peduncolo si sposterà se il tumore non avrà girato intorno all'asse che fa continuazione con quello del peduncolo; si torcerà invece se il tumore avrà ruotato intorno a questo asse.

Se si ammette che una cisti di volume medio, libera di aderenze, di forma pressochè sferica e provvista di un peduncolo piuttosto lungo e sottile, tenga nella pelvi e nell'addome una situazione tale da poggiare in basso e ai lati sulle parti molli della escavazione; e verso la linea mediana sia messa più o meno di lato o dietro l'utero, spostando questo in uno o nell'altro senso, poggiata in avanti sulle pareti addo-

---

(1) Spencer Wells. « Dei tumori ovarici ed uterini, » 1883, pag. 65.

minali ed indietro sulla colonna vertebrale o sui muscoli che ad essa si attaccano, e che sia ricoperta in totalità o in parte (ma come di solito avviene, in alto e posteriormente) dagli intestini, si potrà di leggieri immaginare, che questa cisti, messa in condizioni tali da potere ruotare, lo farà girando intorno ad un asse, che avrà una differente inclinazione rispetto all'asse del corpo.

Sarebbe questa la modalità più frequente di rotazione; Spencer Wells (l. c., pag. 66) accenna anche alla possibilità di una rotazione obliqua, per la quale il tumore si volgerebbe o verso il dorso o verso le pareti addominali, ed il Rokitansky (1) dice che qualche volta il tumore può ruotare intorno ad un asse orizzontale più o meno inclinato. Così avverrebbe in questi ultimi casi, che, se l'asse del peduncolo non si continua orizzontalmente nell'asse del tumore, quello si debba spostare semplicemente invece di torcersi.

Da ciò adunque deriva la condizione, che oltre che mobile il tumore, per poter ruotare, occorre che sia posto in modo che le cause producenti la rotazione agiscano in senso perpendicolare o quasi al prolungamento dell'asse del peduncolo, e quindi tangenzialmente al tumore perchè questo possa ruotare e quello torcersi.

Di un'altra generalità della rotazione dei tumori ovarici, e cioè della direzione della medesima conviene qui tener parola.

I tumori ovarici e tutti gli altri addominali peduncolati possono ruotare da destra a sinistra, o da sinistra a destra e quindi o da dentro in fuori o da fuori in dentro, o dallo avanti allo indietro o viceversa. Nello stesso tumore devono combinarsi tutte queste modalità di rotazione, delle quali ora cercheremo dare schiarimenti con l'aiuto di figure schematiche.

Premettiamo intanto che come *interno* noi intendiamo il lato della cisti che guarda la linea mediana del corpo.

Imaginiamo che in questa figura si tratti di un tumore sinistro e che la donna sia in posizione retta; se la faccia *c-e-d* ad un dato momento per un movimento di rotazione intorno all'asse *c-d* si portasse nella posizione della faccia *c-f-d* (la quale dovrebbe passare al sito della prima, dovendo il disco girare tutto), diremmo che questa superficie, o faccia, o che il disco o meglio che il tumore stesso abbia ruo-

---

(1) Rokitansky. « Lehrbuch d. Patol. Anat., » III.

tato per mezzo giro da sinistra a destra, e dall'esterno verso l'interno, che quindi il peduncolo si sarà torto per lo stesso grado e nella stessa direzione.

Se viceversa noi facessimo lo stesso ragionamento prendendo punto di partenza dalla superficie *c-f-d*, cioè dalla faccia interna, diremo che il tumore avrà ruotato da destra a sinistra e dallo interno allo esterno. Ma nella considerazione di queste combinazioni può sorgere la questione che mentre la faccia esterna *c-e-d* gira da sinistra a destra, la faccia opposta gira da destra a sinistra, che mentre la prima percorre una via dallo esterno all'interno, la seconda cammina dall'interno allo esterno; e nello stesso tempo si potrebbe dire che mentre la prima gira in avanti per poi portarsi indietro, la seconda gira precisamente in senso opposto.

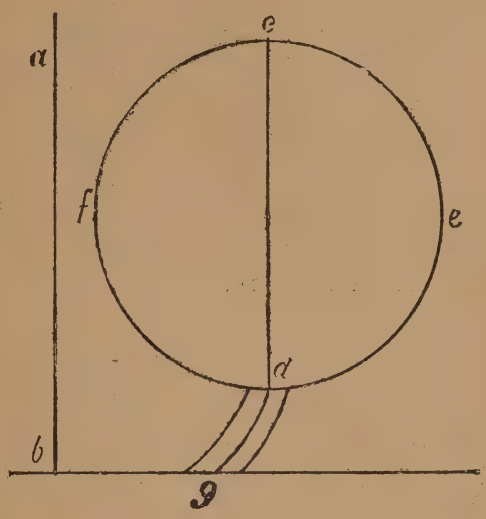


FIGURA 1.ª

a-b. Linea mediana del corpo. — *c-d*. Asse del tumore - prolungamento dell'asse del peduncolo. — *c-e-d* Superficie laterale sinistra. — *c-f-d*. Superficie laterale destra. — *d-g*. Asse del peduncolo.

Ed ora come sapremo noi regolarci nella denominazione e nella comprensione dei casi descritti? La migliore soluzione mi sembra quella di prendere come punto di partenza la faccia che per la prima gira in avanti, e così nel caso schematico suddetto, essendo la faccia *c-d-e* che per la prima si porta in avanti e quindi va da sinistra a destra, diremo che la torsione è avvenuta appunto in questa direzione.

Non credo inutile e superfluo riportare qui le figure schematiche dei nostri sette casi perchè anche le leggi stabilite da qualcuno sulla torsione sieno più facilmente comprensibili.

In questo caso (fig. 2) il tumore destro era girato per un intero giro da destra a sinistra, dall'esterno all'interno, o ciò che vale lo stesso dall'avanti all'indietro; e il fatto è così e non altrimenti, appunto per-

chè la faccia laterale destra girò verso sinistra venendo per la prima in contatto colle pareti addominali.

Anche per la fig. 3.ª vale ciò che è stato detto per la precedente, soltanto che in questa il tumore ha fatto tre interi giri intorno al proprio asse trascinando seco il peduncolo; il tumore era destro e la rotazione era avvenuta da destra a sinistra e dallo esterno allo interno.

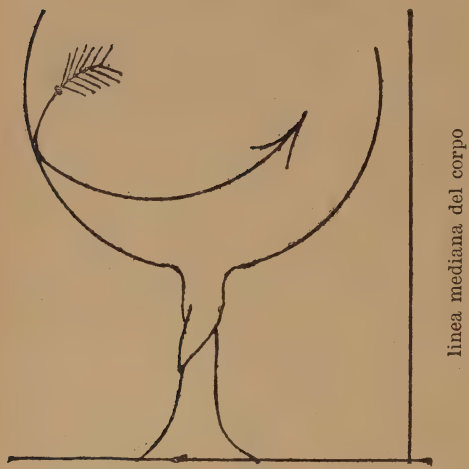


FIGURA 2.ª (Caso I.º).

Delle due figure seguenti la fig. 4.ª appartiene al caso III.º, la fig. 5.ª al caso V.º, nei quali trattavasi di un tumore sinistro che era ruotato nel III.º caso per due giri e mezzo, nel V.º per due giri da sinistra a destra, dallo esterno allo interno e quindi anche dall'avanti all'indietro.

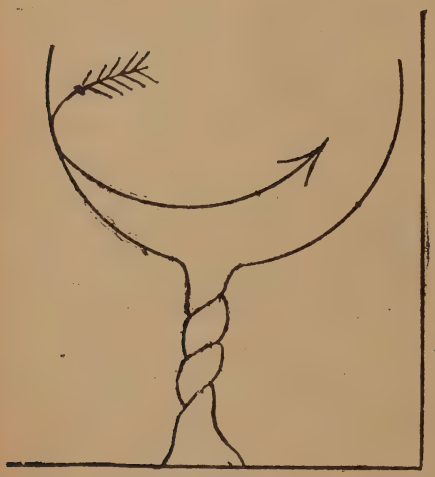


FIGURA 3.ª (Caso II.º).

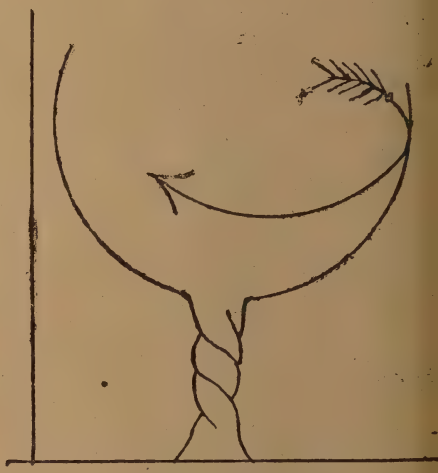


FIGURA 4.ª (Caso III º).

La fig. 6.ª rappresenta anche una cista ovarica sinistra (caso IV.º), la quale a differenza delle altre due, ha tenuto un cammino inverso nel ruotare, cioè la prima a muoversi è stata la faccia laterale destra,

quella che guardava verso l'asse del corpo, per cui diremo che in questo caso la cisti ha compiuto due giri e mezzo intorno al proprio asse rotando da destra a sinistra, dall'interno allo esterno e dall'avanti all'indietro.

Nella fig. 7.ª, rappresentante una cisti ovarica sinistra, si vede il caso opposto a quello rappresentato dalla fig. 2.ª; infatti la rotazione è avvenuta da sinistra a destra e dall'avanti all'indietro, ovvero dallo esterno all'interno.

Nella descrizione del senso della rotazione noi abbiamo preso come « indice di rotazione » quella porzione del tumore o

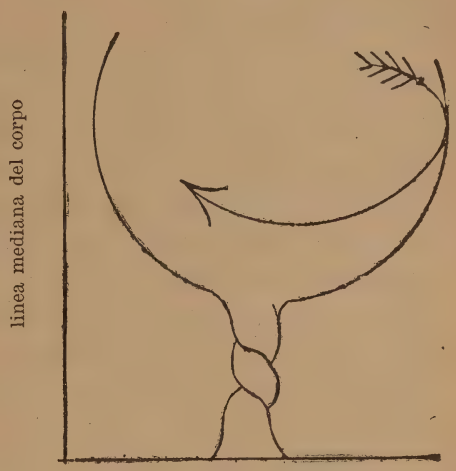


FIGURA 5.ª (Caso V.º).

FIGURA 6.ª (Caso IV.º).

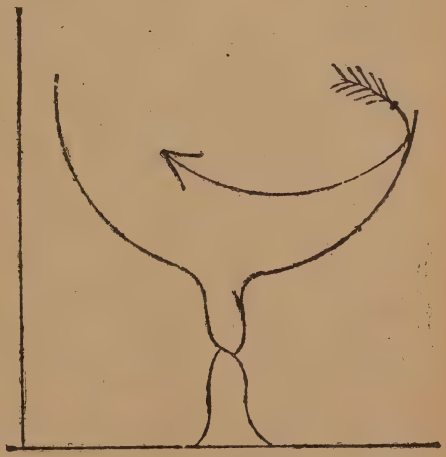


FIGURA 7.ª (Caso VI.º).

quel lato che per il primo viene a mettersi in contatto delle pareti addominali ed in ciò credo di essere d'accordo con lo Schauta (1) il quale prende come punto di partenza la faccia anteriore del tumore, mentre

(1) SCHAUTA. « Lehrbuch der gesammten Gynaekologie. » 1895, pag. 385.

Küstner (1) nello stabilire la sua legge sulla rotazione dei tumori ovarici incomincia a calcolare dalla faccia posteriore. Donde nasce che ciò che Schauta chiama ruotato a destra, Küstner lo chiama ruotato a sinistra e viceversa.

La legge del Küstner è fondata sulla osservazione da lui fatta che i tumori ovarici ruotano da dentro in fuori, in modo che un tumore destro ruota da sinistra a destra, in avanti, uno sinistro da destra a sinistra anche in avanti; questa modalità di rotazione fu da lui chiamata *tipica;* per *atipica,* quindi, si intenderà quella che si fa nel senso opposto.

Questa legge non è assoluta poichè i fatti non sempre vi corrispondono; mentre Mickwitz in 17 casi ha trovato 13 volte la torsione tipica ed in 4 la atipica, e Schauta tra 47 casi ha osservato in 40 la torsione tipica ed in 7 la atipica; noi, dei 7 casi, possiamo dire che corrisponda alla torsione tipica soltanto il IV.° caso (fig. 6.ª); tutti gli altri dovrebbero essere atipici.

Credo di potere dedurre dall'anzidetto che non verrà tolta la confusione nella comprensione della modalità della rotazione, se non quando si potrà definitivamente stabilire un « indice di rotazione » secondo il quale regolarci in ciascun singolo caso. La questione è ancora ben lontana dall'essere risoluta, nè noi vogliamo pretendere di avere detta l'ultima parola sulla medesima, e quindi passiamo senz'altro alla disamina delle molteplici cause tirate in campo a spiegazione della torsione del peduncolo.

Nella enumerazione delle svariatissime cause invocate, crediamo facilitarci il compito dividendo le medesime in tre ordini e cioè:

1.° cause dipendenti dagli organi circostanti al tumore;

2.° cause inerenti al tumore stesso;

3.° cause estranee agenti dallo esterno.

1.° Tutti gli organi addominali capaci di modificazioni nella loro topografia o nel loro volume sono stati incolpati come cause produttrici la rotazione assiale dei tumori ovarici.

E per primo il Klob (2) ha attribuito la sua parte alla vescica. Questo organo, a volte piena, a volte repentinamente vuoto, ora do-

---

(1) Kuestner. « Das gesetzmässige in der Torsionspirale torquirter Ovàrialtumorsticle. » *Centr. f. Gyn.*, N. 11.

(2) Klob, citato da Chiarleoni, lav. cit., pag. 18.

vrebbe dare un appoggio, ora toglierlo, ad un tumore, il quale situato a sinistra o a destra di esso, venga con una porzione o una estremità sua a poggiare sul fondo di quella; in modo da essere spinto un po' in alto e lateralmente ogni qual volta la vescica è piena, e da scendere (e quindi anche ruotare) ad ogni svuotamento di essa.

Se da un canto il Lawson-Tait rigetta questa ipotesi invocando la posizione mediana della vescica, che lungi dal favorire, dovrebbe impedire una tale rotazione, noi ci permettiamo togliere alla vescica qualunque parte in questo fatto fondandoci sulla topografia di un tumore ovarico, il quale difficilmente potrà poggiare sulla vescica in modo da esserne influenzato nei suoi movimenti, a meno che, essendo a lungo peduncolo, spostando l'utero indietro, non venga con una sua porzione a mettersi fra questo e quella. Ma anche che ciò avvenga e che la vescica possa fare spostare detto tumore, questo si abbasserà senza ruotare perchè la pressione negativa produttrice dello spostamento non è diretta tangenzialmente al tumore.

Il Tait (1) crede che la precipua causa della rotazione di un tumore ovarico sia l'alternativa di riempimento e di vacuità del retto o del sigma-colon ed egli cerca di dare forza al suo asserto prendendo un paragone dalla dinamica, dal quale risulterebbe come le fecce che a poco a poco si accumulano in quel tratto d'intestino e lo attraversano, agiscono da cuneo tra il tumore e la parete opposta a quella porzione di S colon che viene a contatto del tumore stesso (che dovrebbe essere preferibilmente destro e sito in modo che il suo asse sia inclinato verso l'alto della nona o decima costola) in direzione obliqua dall'alto al basso, attraverso l'*asse di libertà* ed inferiormente all'equatore del corpo messo in movimento. Così pure si spiegherebbe il perchè della rotazione più frequente dei tumori ovarici destri e nel senso dallo interno allo esterno.

Quantunque molti autori sieno disposti ad accettare questa teoria, altri tendono a riguardare questa causa soltanto come coadiuvante di altre esistenti nei rispettivi casi.

Il Segond (2) a questo proposito dice: « Io penso dunque con

---

(1) Tait. *Obstetrical Transact.*, 1880.

(2) Segond. « Torsion du pédicule » nel « Trattato di Chirurgia » di Duplay e Réclus, vol. VIII, pag. 612.

» Heurteaux e Quénu, che la teoria di Lawson-Tait meriti un credito
» limitato. Pur tuttavia, se altre condizioni, come aderenze, briglie, peso
» del tumore, irregolarità della sua forma, suo modo di peduncolizza-
» zione, si riuniscono per favorire la torsione, può essere che la spinta
» esercitata dal retto p. es. abbia, come vuole il Lawson-Tait, una parte
» importante tra le cause predisponenti e determinanti della torsione. »

Se questa fosse la sola causa precipua, non solo il modo, la direzione della torsione dovrebbero essere sempre costanti, ed il tumore ruotato dovrebbe essere sempre il destro, ma anche il fenomeno non dovrebbe mai mancare in questi casi, e non dovrebbe avvenire quando le suesposte condizioni richieste non esistono.

Con ciò però non si vuol dire che la legge di Tait debba essere assolutamente proscritta; che anzi sonvi dei casi dove essa trova la sua indiscutibile applicazione, e tra questi metto in primo posto il caso descritto dal prof. Chiarleoni (1). Trattavasi qui di un sarcoma del grande omento, il quale per molto tempo si era mantenuto senza dare segno di sè, fino a che, giunto ad un certo punto di sviluppo, determinò dei sintomi peritonitici, i quali costrinsero la donna a chiedere soccorso. Per la speciale topografia del tumore « occupante tutta l'apertura su-
» periore pelvica, avente una superficie liscia e levigata, di consistenza
» fibrosa ed assolutamente fisso, » per la sua indipendenza dall'utero, fu diagnosticato un sarcoma dell' ovaio destro, abbenchè il tumore si potesse raggiungere, col riscontro vaginale, solo attraverso il fornice anteriore.

L'operazione smentì la diagnosi, e fece invece rilevare la presenza di un sarcoma del grande epiploon, che per il suo sviluppo ed i fatti peritonitici aveva acquistato quella speciale topografia.

Che la torsione del peduncolo in questo caso si debba spiegare con la teoria del Tait e non con altre, lo dice l' etiologia del caso e la considerazione del cammino percorso dal tumore e della differente situazione che il tumore nella sua discesa aveva assunto nella cavità addominale.

E a maggiore dilucidazione di quanto ora ho detto, non posso far di meglio che di lasciare la parola al prof. Chiarleoni stesso. Egli così

---

(1) CHIARLEONI. « Strozzamento da rotazione assiale di un sarcoma del grande epiploon. » *Ann. Univ. di Medicina*, vol. 276, anno 1886.

scrive a pag. 19 del suo prefato lavoro: « Il nostro caso studiato sotto » il rispetto etiologico, ci conduce senza esitanza alcuna ad abbracciare » la teoria ultima escussa come la più idonea a spiegare l'avvenuta » torsione del tumore.

» E prima d'ogni altra cosa ecco le condizioni di fatto riscontrate » all'autossia. Grande epiploon trascinato dal punto di sua origine al » di dietro della massa dei tenui e di qui condotto al basso fino al da- » vanti della sinfisi sacro-iliaca destra, costeggiando sempre la faccia » interna del colon ascendente e avendo alla sua sinistra e al davanti » la massa dei tenui. L'epiploon attorcigliato su se stesso da destra a » sinistra per 4 giri completi, ha l'aspetto di una corda di 24 cm. di » lunghezza; quattro grossi vasi che lo percorrono sono otturati per » tutta quanta la lunghezza da un coagulo duro, finamente granuloso » e gialliccio.

» Il tumore che pendeva da questo picciuolo era solido e pesava, » per quanto dimezzato, 2500 gr., pur tuttavia da soli 15 giorni era » stato osservato, mentre anteriormente la paziente non aveva mai avuto » ragione di dubitare della sua presenza.

» Date queste circostanze di fatto, come spiegare la avvenuta tor- » sione del peduncolo? E prima ancora a quale punto essa torsione si » è effettuata? Sosterremo noi che i 4 giri fatti dal tumore sul proprio » asse si sono effettuati solo allorquando il tumore estrinsecatosi dalla » massa degli intestini si adagiava allo ingresso della pelvi?

» No di certo, diciamo rispondendo a quest'ultima domanda, purchè » si dia il giusto valore alla data della scoperta di questo, contempo- » raneamente allo iniziarsi dei fenomeni peritonitici spiegabili soltanto » come diretta conseguenza dello strozzamento del peduncolo. » Rifiu- tando a questo punto la possibilità di un attorcigliamento acuto del peduncolo per 4 giri, il prof. Chiarleoni così continua:

« Lo spirito si acquieta assai meglio al pensiero che i successivi » moti di attorcigliamento si siano fatti durante il tempo impiegato » dalla massa morbosa a percorrere tutta la lunghezza del colon ascen- » dente dall'alto al basso. Questo tempo di discesa è per noi fuori di » dubbio che deve essere stato molto lungo, e chi legge dividerà la » nostra convinzione tenendo in giusto conto che l'aumento graduato » del tumore fino a raggiungere il volume che sappiamo si è passato » nel più assoluto silenzio. » Ammesso che il tumore, se fosse soggior-

nato per più o meno tempo al davanti della massa dei tenui non avrebbe potuto rimanere ignorato, « ammesso poi quanto è asserito dal Péan » che i tumori epiploici fino che piccoli stanno fluttuanti al davanti » della massa intestinale all'altezza dell'ombellico, e che fattisi volu- » minosi, hanno tendenza a spostarsi di preferenza lateralmente e più » di frequente a sinistra, ci si impone per logica ineluttabile il con- » cetto che il tumore nel nostro caso deve avere avuto il suo punto di » origine in prossimità degli attacchi dell'epiploon al ventricolo e al » colon trasverso, dal qual punto per il proprio peso deve avere inco- » minciato il suo moto di discesa verso la pelvi costeggiando la faccia » interna del colon ascendente, come più volte dicemmo. L'enorme svi- » luppo di questo tumore deve essersi fatto dunque nella profondità » del ventre e perciò all'insaputa della malata; e soggiungiamo che al » pari del suo sviluppo, nella lenta discesa, devono essere avvenuti i » quattro giri completi di torsione. »

Premesse queste inoppugnabili deduzioni, la conclusione sarà che « la torsione del picciuolo deve essere avvenuta sotto l'influsso delle » alternative di ripienezza e di vacuità del colon ascendente con la » coadiuvante della gravitazione su buona parte del tumore della massa » dei tenui. » Per cui dunque, dato che il tumore soltanto con la sua metà destra trovavasi a contatto della faccia interna del colon ascendente (attraverso il quale passavano dei boli fecali già prosciugati e che avevano la forza di sollevare tratto tratto il tumore), dato che sulla rimanente porzione gravitava la massa dei tenui, sembra indiscutibile « l'azione di cuneo esercitata dal colon su quel tanto di tumore che » si trovava a suo contatto, azione coadiuvata certamente in una tal » quale misura dalla pressione dei tenui sul rimanente del tumore » stesso. »

E quindi resta spiegato anche come il tumore nella sua discesa siasi trovato in una condizione di equilibrio instabile mantenuto da due forze contrarie e non uguali e come in queste condizioni per una necessità meccanica esso abbia dovuto rotare.

(Continua).

La estirpazione totale dell'utero per cancro

I PRIMI CASI OPERATI E GUARITI IN SICILIA

CENNI STORICO-CRITICI SUI VARI PROCESSI NELL'ISTERECTOMIA VAGINALE

Proposta di una nuova modificazione

PEL

Dott. ROSARIO VITANZA

Già Coadiutore presso la Clinica ostetrica della R Università di Palermo

---

(Continuazione, vedi pag. 166).

Le difficoltà, per non dire l'impossibilità, nel compiere il capitombolo dell'utero nei casi di isterectomia, ha obbligato i migliori chirurgi e ginecologi come D'Antona, Bottini, Durante, Mangiagalli, Ruggi, Inverardi, ecc., ad asportare l'utero traendolo direttamente in basso, legando e recidendo i legamenti larghi dalla porzione vaginale al fondo della matrice, in ordine cioè diametralmente opposto a ciò che si pratica col metodo classico.

Questo processo però, cui si ricorse di ripiego, è stato adoperato poi di proposito deliberato, da Billroth, Leopold, Olshausen, Dimitri De Ott, Ruggi, Inverardi, Mangiagalli, Durante, Acconci, Galliani, Berruti, Ferruta, Turazza, Turretta, Gelli, ecc.

Io qui mi limito a fare la descrizione sommaria della tecnica operativa adoperata dai due autori italiani Ruggi e Mangiagalli, come quelli che meritano di essere maggiormente ricordati.

Il Ruggi nella sua tecnica d'isterectomia, fa uso di un certo numero di strumenti propri, dei quali i più importanti sono la forbice emostatica ed il porta pinzette, modelli perfezionati (« Fatti e cose di interesse ginecologico. » *Rivista clinica,* Bologna, 1886). Io me ne passo, per essere breve, di fare la descrizione di questi strumenti. Il Ruggi, dopo la disinfezione del canale vaginale e del collo neoplastico, tocca questo ultimo con una soluzione concentrata di permanganato di potassa. Fatto ciò, afferra tutta la porzione sporgente del collo uterino con una serie di piccole pinzette uncinate, che vengono applicate perifericamente al processo morboso, in modo che, un morso della pin-

zetta afferra la mucosa sana, indi fa energiche trazioni su tutta la parte sporgente del collo dell' utero, che isola dalla faccia anteriore e posteriore, fino alla cavità peritoneale. Dopo ciò, passa alla disinserzione degli attacchi laterali fino all' altezza del legamento largo che contiene l'arteria uterina colle forbici emostatiche, e le pinzette che lascia in sito per garentire la temporanea emostasi. In seguito poi fa la legatura dei legamenti larghi, rotondi e delle tube con seta, che viene passata per mezzo di un ago montato a filo continuo ideato dallo stesso autore. Tolto l'utero, non gli resta che ligare i tessuti stretti dalle pinzette.

Mi astengo dal fare apprezzamenti al processo dell'ingegnoso ed abilissimo operatore, dal momento, che egli stesso, vedendone gli svantaggi e gli inconvenienti, per le gravi difficoltà che incontrava nella tecnica operativa, l'abbandonò; sicchè in questi ultimi tempi ricorse alla legatura progressiva con seta. (« Dell'isterectomia vaginale studiata nelle sue diverse applicazioni. » Bologna, 1893).

Or, siccome questo processo non differisce gran fatto da quello descritto dal Mangiagalli nel 1890, credo regolare, di fare solo la descrizione sommaria di quest'ultimo (19).

Il Mangiagalli, messa allo scoperto la porzione vaginale del collo, afferra questa con pinze a due uncini piuttosto smussati. Se il neoplasma è vasto ed ha invaso porzione della vagina, impianta molte di queste pinze tutte all'ingiro, in modo che esse segnino, per così dire, col loro impianto a corona, la zona di tessuto che macroscopicamente è sana. Allora afferra tutte le pinze e tira l'utero in basso per quanto lo permettano le trazioni su di esso esercitate; col bistorì incide circolarmente la vagina all'esterno della corona delle pinze, in modo che con l'utero viene asportato un lembo circolare di vagina. Deposto il bistorì, con l'indice della mano destra, distacca quanto più è possibile e isola la porzione sopravaginale del collo anteriormente, posteriormente ed ai lati, senza aprire di deliberato proposito il peritoneo. Affidando allora le pinzette ad un aiuto, questi esercita trazioni su di esse a destra e a sinistra secondo che l'operatore comincia a legare il legamento largo di sinistra, ovvero quello di destra. Mediante un ago di Dechamps smusso, fornito di seta robusta n. 4, trafigge una parte del legamento largo, stringe il filo così passato ed annoda, e con un colpo di forbice recide fra la legatura ed il margine uterino e così procede prima da

una parte poi dall' altra, legando il tratto man mano più elevato fino a raggiungere il legamento rotondo, la tuba, il legamento utero-ovarico, ovvero l'ovaro-pelvico se l'ovaio cade spontaneamente nel campo operatorio e se presenta alterazioni speciali. A questo punto incide la piega utero-vescicale per legare poi gli annessi del lato opposto ma dall'alto in basso. Gli estremi centrali delle arterie uterine e suoi rami, facilmente visibili nei tratti di legamento largo, separati dal margine uterino, li lega separatamente con seta sottile, i cui capi taglia corti. Fa legature perdute dei legamenti rotondi e delle tube e lascia lunghi soltanto i fili che stringono i legamenti larghi. Non pratica la sutura siero-sierosa nè la siero-mucosa dopo l'isterectomia, ciò che lo differenzia dal processo del Ruggi. Terminata l' operazione introduce in vagina uno zaffo di garza al jodoformio.

Questo processo così artistico, per quanto possa sembrare di facile esecuzione, richiede invece molta abilità operatoria, specie quando l'utero è trattenuto d'aderenze intrapelviche. L'applicazione poi di molte pinze alla porzione vaginale quando la massa neoplastica è enorme, ingombra la plaga operatoria, rende i maneggi alquanto oscuri. Trascinando in basso e in fuori l' utero, la vescica si riflette sul corpo anteriore di esso, ed è la prima a presentarsi al taglio; e se il chirurgo non è più che sperimentato corre il rischio di ferirla, e rendere così più disastrosa l'operazione. Inoltre le trazioni fatte sulla massa neoplastica, non ostante l' eminente Professore lasci integro il peritoneo, tanto anteriormente, che posteriormente, non può evitare l' inficiamento della ferita, per i *detritus* che necessariamente si distaccano dal tumore durante i maneggiamenti fatti su di esso. Come neanche si mette al riparo da una possibile emorragia o se non altro da uno stillicidio continuo di sangue che rende disagevole l'operazione.

Il Billroth (20), ad evitare questi inconvenienti fa precedere all' isterectomia vaginale l' amputazione cruenta del neoplasma del collo dell' utero e del cercine vaginale. Questa modificazione il valente operatore l' escogitò in seguito agli aspri cimenti incontrati in un caso, in cui dovette indietreggiare dall'impresa, e in un altro, nel quale dovette frammentare la matrice. E in ambo i casi ebbe esiti esiziali. Del resto non fa nè più nè meno di quello che si pratica col metodo classico. Cosicchè al suo processo si possono fare gli stessi apprezzamenti che a quello di Bottini.

Il Pozzi (21) ha accettato press'a poco le modificazioni del Martin, con queste varianti, che pratica il raschiamento preventivo delle vegetazioni a cui fa seguire talvolta un toccamento emostatico colla soluzione di cloruro di zinco al decimo o anche col ferro rovente, a fine di nettare il campo operatorio ed impedire l'infezione. Non ostante ciò rispetta sino all'ultimo l'apertura del fornice anteriore. Non fa il drenaggio che adopera il Martin; difatti, invece del tubo di caoutchouc, vi affonda una striscia di garza nel cul di sacco di Douglas. Comunque queste sono insignificanti modifiche, che non tolgono del tutto le difficoltà della tecnica operatoria, specie quando l'utero è fisso. A lui quindi si possono fare pressochè i medesimi appunti che al Martin.

Il Müller (22), quando incontra difficoltà ad estrarre l'utero, o capovolto indietro o semplicemente tratto in posizione normale, lo divide in due metà simmetriche con una incisione verticale. Ciò fatto, estrae le due metà dell'organo con il loro legamento rispettivo, e lega l'uno come l'altro con rapidità.

Questo processo espone più facilmente all'emorragia ed all'infezione, giacchè la metà dell'utero canceroso, mentre si fa la legatura dell'altra metà, retraendosi, va ad inficiare la sierosa peritoneale.

Il Fritsch (23) comincia addirittura l'operazione col dissecare il fornice laterale, taglia il corrispondente parametrio, e recide nettamente i vasi uterini per ligarli isolatamente.

Questa è una infelice modificazione, e per convincerci basta leggere il resoconto delle sue operazioni, da cui si rileva, che alcune delle sue operate sono state vittima di formidabili emorragie, altre di fistole vescico-vaginali e dell'uretere, oltre le morti immediate.

Il Sänger ed altri esimii ginecologi hanno consigliato di dividere i fornici vaginali col termocauterio Paquelin. Però con questo mezzo la dissezione riesce difficile e forse anche pericolosa, non tenendo conto degli inconvenienti e degli accidenti consecutivi che sopravvengono.

Il Kaltenbach, l'Hegar (24) e l'Olshausen consigliano la legatura elastica temporanea dei legamenti larghi, ed assicurano l'emostasi con legature parziali di fil di seta quando l'utero è di già distaccato.

Questa modificazione complica l'atto operativo senza necessità.

Demons (25) ed altri esimii ginecologi fanno la legatura dei legamenti larghi con fili di catgut. Questo però ha l'inconveniente di non

serrare bene i vasi, molto più i lembi peritoneo-vaginali; perciò è da rigettarsi onde evitare il pericolo immediato e lontano di emorragia.

Schroeder, Coudereau e Olshausen fecero la proposta di legare i legamenti larghi co' fili metallici, ma fu ben tosto abbandonata da loro medesimi.

Pean (26) fece la forcipressura dei legamenti larghi nei casi di isterectomia in cui la legatura dei vasi gli riuscì molto laboriosa. In seguito poi applicò la forcipressura ai legamenti larghi col preconcetto di far la legatura al di sopra delle pinzette, che tolse subito dopo di aver asportato l'utero.

Il Pean con questo processo d'isterectomia ha voluto trasportare nel campo vaginale gli stessi principii della chirurgia generica riguardo all'emostasia, fare cioè la forcipressura temporanea con le pinzette, e definitivamente con la seta. Se non che, l'applicazione di questo principio incontra serie difficoltà nell'isterectomia vaginale per la ristrettezza e per la profondità del campo operativo.

Spencer Wells. (« Ovarian and uterine tumeurs, » Londra, 1882, p. 526), fu il primo ad applicare in una maniera costante e come processo di scelta le lunghe pinzette, lasciandole a dimora sui legamenti larghi per la durata di 24 ore. Il suo discepolo C. E. Jennings (« On excision of the entire uterus for cancer. » *Lancet,* 1886, n. 15 e 16, pag. 682 e 825), trovandosi alle prese con un caso diffficile d'isterectomia, si ricordò delle regole del maestro, che avea recentemente discusse, ed applicò le pinzette lunghe di Spencer Wells, e le lasciò in permanenza. Però si deve a Richelot l'onore di aver generalizzato la forcipressura definitiva dei legamenti larghi (Comun. all'Accademia di Med., 13 Luglio 1886). Cosicchè l'originalità del processo Richelot consiste nell'uso sistematico delle pinzette a preferenza della legatura, anche quando questa non presenta difficoltà.

Il Pean in seguito, avendo constatato gli inconvenienti causati dalla forcipressura dal basso in alto, scrive quanto segue:

« Il ne faut jamais songer comme l'eut fait à tort quelque chirurgien dans le cancer de l'utérus, à pincer d'un seul coup chaque ligament de bas en haut, dans toute sa hauteur. Et agissant ainsi, on s'expose à serrer entre les mors d'une pince un des uretères ou une anse d'intestin » (Voir T. VIII, pag. 71).

Però il Pean istesso aveva eseguito la forcipressura dal basso in

alto dei legamenti larghi in totalità, pratica difettosa, secondo lui, che l'attribuisce ad altri chirurgi, dimenticando forse i suoi insuccessi anteriori.

Comunque, il Pean (Comun. Accad. Med., Luglio 1890) praticò dal basso in alto la forcipressura e la sezione di un primo legamento largo, poi capovolto il fondo dell'utero in vagina, fece d'alto in basso la forcipressura e la sezione dell'altro legamento, e così asportò tutto l'utero. E non fu che dopo il Congresso di Berlino, tenuto nel 1890, che il Pean fece realmente la forcipressura dei due legamenti dall'alto in basso, previo cioè il capitombolo dell'utero in vagina.

Ad ogni modo il processo di Pean non può che complicare la tecnica operatoria, e quindi prolungare a danno della inferma la durata dell'operazione. Difatti egli, oltre che lascia una sonda in vescica a dimora, che è causa frequente di una cistite ribelle, adopera, per eseguire la forcipressura, uno straordinario numero di pinzette. E perchè non si creda ch'io esagero, mi riferisco ai suoi rendiconti del 1888 e 89, in cui si trova, che in 14 casi, Pean lasciò a dimora 15 pinzette, in 6 casi, 20 pinzette, in 13 casi, 25 pinzette, in 14 casi, 30 pinzette e più. In 2 casi complicati a suppurazione pelvica, il numero, come afferma Secheyron, salì sino a 50. — Non fa d'uopo di ulteriori commenti.

Il Doyen (27), adopera la forcipressura dall'alto in basso con le pinzette elastiche da lui stesso ideate; però esegue il capitombolo dell'utero senza l'emostasia preventiva, in un modo speciale, che descriveremo brevemente. Egli afferra il collo dell'utero lateralmente con due pinzette ad uncini e le lascia sino alla fine dell'operazione. Abbassa il collo quanto più è possibile, e incide colle cesoie smusse la mucosa vaginale tutta attorno al collo. Apre rapidamente il cul di sacco posteriore con l'indice dritto, e distacca la parte posteriore dell'utero, se vi ha aderenze pelviche. Isola coll'indice la vescica che ricaccia in alto con gli ureteri, fa la sezione di basso in alto della parete anteriore del collo, e apre con uno o due colpi di forbice il cul di sacco peritoneale anteriore, visibile alla faccia anteriore dell'utero. Abbassata progressivamente la parte anteriore del corpo uterino, con prese successive, fatte con quattro pinze, che prendono di più in più in alto, avendo cura, dopo ciascuna presa, di prolungare la sezione della parete anteriore dell'organo, affine di facilitare il rovesciamento in fuori.

Trascinato il fondo dell' utero al di fuori, e con esso gli annessi, applica su uno dei legamenti larghi una pinza a pressione elastica introdotta presso che verticalmente d'alto in basso; una pinza più piccola la pone al di sotto della grande per più sicurezza, e il legamento viene sezionato al di sotto di quella. Ripete lo stesso dall'altro lato, e libera così l'utero.

Tampona la vagina con una compressa sterilizzata, avendo cura di tenere a contatto i lembi peritoneo-vaginali. La pinza più grande la toglie dopo 48 ore, la più piccola la sera o l'indomani mattina.

Io non so comprendere l'entusiasmo del Doyen, per un processo, che si deve ritenere piuttosto difettoso, perchè lungi di essere semplificato, presenta non lieve complicazione nella tecnica, ed espone più facilmente all'emorragia e all'infezione. Difatti, senza l'emostasia preventiva, facendo quell'apertura della parete anteriore dell'utero dal collo sino al suo fondo, non si può evitare l'emorragia dalla ferita, e l'infezione quasi diretta della neoplasia. Ciò non pertanto, il Doyen ha il merito di praticare la forcipressura dall' alto in basso con le pinze elastiche di sua invenzione, il di cui vantaggio su quelle rigide di Spencer Wells, di Pean, di Richelot, le pinze smontanti di Doléris, le pinze a klamp di Polk, è a tutti noto. Però, se non lasciano scappare i tessuti serrati tra i morsi, per la loro speciale forma, lasciano sempre al par di quelle, qualche trepidanza di emorragia al momento in cui si levano; oltre che dànno maggior sofferenza, sia per la compressione dei tessuti, sia per lo stiramento di essi.

Potrei annoverare molte altre modificazioni operatorie più o meno importanti apportate all'isterectomia vaginale, ma per essere breve me ne passo, essendo che tutti presso a poco si possono ridurre ai due tipi principali, alla legatura progressiva cioè e alla forcipressura.

Se l'una poi è da preferirsi all'altra, non si può stabilire, essendo i pareri tra chirurghi e ginecologi ancora discordi.

Il Mangiagalli (28) difatti, che prima adoperava la legatura progressiva con quel processo su descritto, in questi ultimi anni ha ricorso alla forcipressura. Cosicchè egli divide in tre periodi le modificazioni operative da lui stesso apportate alla tecnica dell'isterectomia. Nel primo periodo praticò le legature frazionate con seta, lasciando aperta la breccia; nel secondo periodo usò pure la legatura progressiva con seta, suturando però sierosa con mucosa all' avanti e all' in-

dietro, e quindi sierosa con sierosa nel senso antero-posteriore. Nel terzo periodo praticò la forcipressura.

Or, dall'esame spassionato dei proprii risultati, e di quelli ottenuti dai caldeggiatori della legatura e della forcipressura, l'ingegnoso ed abile operatore è venuto ai seguenti corollari, che io per la loro importanza riporto qui di peso.

A. Legatura progressiva.

1.° È metodo più elegante, più artistico, richiede maggior destrezza ed abilità, ma anche maggior tempo.

2.° Permette a seconda dei casi di chiudere o lasciare aperta la breccia addominale.

3.° Dà meno dolori nei giorni che seguono l'operazione.

4.° Permette al pari della forcipressura, l'emostasi immediata, assicura meglio quella consecutiva.

5.° È nojosa l'attesa della caduta dei fili; se si lasciano lunghi in vagina favoriscono suppurazioni successive, se si tagliano corti rendono facile il loro inquinamento per mezzo del neoplasma.

6.° Rende laboriosa l'operazione nei casi di utero poco mobile e di notevole diffusione del neoplasma.

B. Forcipressura.

1.° Richiede minor tempo, riduce quindi al minimum i pericoli della narcosi, del collasso, dell'eventuale degenerazione grassa del cuore.

2.° Permette di operare con relativa facilità anche i casi di notevole diffusione del neoplasma ed estende in tal modo i limiti dell'isterectomia.

3.° Non permette di chiudere la breccia peritoneale, il che può essere invocato come un vantaggio o come uno svantaggio.

4.° Dà maggior somma di sofferenza nei primi due giorni dopo l'operazione.

5.° Assicura l'emostasi immediata, ma lascia qualche trepidanza al momento in cui si levano le pinze.

6.° Il trattamento consecutivo è più semplice, quantunque la breccia richieda a chiudersi definitivamente circa quaranta giorni per l'eliminazione completa dei tessuti necrosati.

Dal confronto dei due processi così stupendamente delineati dal Mangiagalli si rileva, che uno dei principali svantaggi della legatura progressiva sulla forcipressura, si ha nei casi, in cui l'utero è poco

mobile, e la diffusione del neoplasma è notevole, per cui l'operazione si rende laboriosa; mentre nella forcipressura si opera con relativa facilità, e si possono estendere i limiti dell'isterectomia. Se si riflette però, che oggi si ha generale tendenza a limitare l'indicazione dell'isterectomia ai casi, in cui l'utero conservi la sua mobilità, e da eminenti chirurgi, come farò conoscere in seguito, si pretende fin'anco l'abbandono di questa operazione, il sopravvento della forcipressura, almeno per quel semplice fatto, non può ammettersi sulla legatura progressiva. Difatti, colla forcipressura dei legamenti larghi, oltre di non ottenersi con sicurezza l'emostasi permanente (lo provano molti casi di morte per emorragia), si ha anche la mortificazione di una quantità di tessuto incomparabilmente maggiore di quella che si abbia con le legature isolate, senza parlare delle vive sofferenze causate all'inferma, ed il pericolo di ledere gli intestini, gli ureteri, dovendosi compiere manovre entro l'addome senza il sussidio della vista, specie nei casi, in cui la forcipressura si fa dal basso in alto. E che ciò sia vero, sta nel fatto che gli stessi sostenitori della forcipressura, come il Pean, il Doyen, ecc. ad ovviare i succennati inconvenienti ricorsero alla forcipressura non più di basso in alto, ma in senso opposto, dopo d'aver eseguito il capitombolo dell'utero. Come pure tra i sostenitori della legatura progressiva, havvi dei ginecologi, che hanno proceduto dal basso in alto per legare un legamento, e dopo di aver distaccato bene da quel lato, hanno passato a legare l'altro legamento, dall'alto in basso, e tra questi posso citare anche lo stesso Mangiagalli (29).

Da quanto son venuto dicendo si può dedurre, che l'isterectomia vaginale, sia colla legatura progressiva, sia colla forcipressura, non è esente da inconvenienti, e nemmeno da pericoli. Cosicchè gli operatori si contendono ancora a quale processo debbasi accordare la preminenza.

Sperimentando sui cadaveri, esaminando e studiando la ragione delle difficoltà operatorie e degli inconvenienti notati in tutti i processi sopra esaminati, escogitai una modificazione, che secondo me, tende a conciliare i pareri opposti dei ginecologi, e mi lusingo di esservi riuscito; giacchè essa consiste nell'alleanza della forcipressura con la legatura. E sebbene questa modificazione l'ho adoperata in un solo dei miei casi, debbo dichiarare che il successo fu superiore alla aspettativa, e non esiterei a metterla nuovamente in pratica, qualora mi si offrisse l'occasione favorevole.

Con questo convincimento mi fo animo a descriverlo, per sottoporlo al giudizio dei miei maestri.

Tralascio per essere breve di dire dei preparativi che riguardano l'inferma, gli strumenti, la medicatura, la stanza d'operazione, gli assistenti, l'operatore, e passo dritto alla descrizione della tecnica operativa.

Ad anestesia completa, si abbassa con una grande valva di Simon il perineo e la vagina, e per avere il maggior spazio possibile si applicano i divaricatori vaginali di Hegar. Ciò fatto, si afferra il collo dell'utero con due uncini piuttosto smussati, e si stira in basso finchè è possibile. Se il neoplasma è vasto e riempie porzione o tutta la vagina, si toglie via colle forbici e col cucchiaio di Simon e si fa seguire subito la cauterizzazione col termo cauterio di Paquelin. Può anche usarsi l'ansa galvano-caustica alla Bottini.

Ciò viene eseguito con più facilità nei casi in cui il cancro ha il carattere di un fungo midollare. Se poi la neoplasia è circoscritta al muso di tinca o a porzione del collo infravaginale, si fa l' escisione e si danno due o tre punti di sutura con cui si chiude l'orifizio, onde evitare l'emorragia e l'infezione che può essere causata dallo scolo di icore dalla cavità uterina, sebbene sia stata precedentemente bene detersa.

Disinfettata per bene la vagina con soluzione di sublimato al 1|2 per mille e sgombratala interamente da ogni detritus cancerigno si tolgono le pinze, sostituendole con altre due ben disinfettate, con cui si afferra il moncone del collo uterino, che si porta stirando in alto verso la sinfisi pubica in modo da tendere il fornice posteriore. S'incide la sola parete vaginale per buona estensione col tagliente rivolto verso l'utero. Nel centro di quella lunga incisione vaginale, si taglia e si apre limitatamente lo spazio del Douglas, si allarga la piccola apertura con uno strumento smusso, fino ad introdurvi un dito, e poi due, così per lacerazione si agguaglia la ferita peritoneale e connettivo annesso sino agli angoli della incisione vaginale. Si abbassa indi l'utero verso il perineo per tendere il fornice anteriore, su cui si fa una incisione semi-elittica sino ai lati, ma in modo che tra gli estremi di questa incisione e quelli della posteriore ci sia un centimetro e mezzo circa, e ciò allo scopo di risparmiare una emorragia inutile dai rami delle arterie vaginali e dell'uterina che dall'anatomia normale sappiamo aver

origine ed addentrarsi dalle parti laterali. Continuando col tagliente sempre rivolto all'utero e con il manico dello strumento e colle dita si scolla la vescica dall'utero, e con paziente dissezione si apre il peritoneo anteriore. Isolato per tal modo l'utero indietro e in avanti, si dirigono le trazioni prima a destra e poi a sinistra; sulla guida dell'indice introdotto nel Douglas si applica alla base dei legamenti larghi una robusta e breve pinza elastica, modello Doyen.

Si recidono con colpi di forbice curva sul piatto gli attacchi laterali dell'utero e la pinzetta che resta in posto garantisce l'emostasi definitiva dell'arteria uterina e suoi rami. Si pratica lo stesso per l'altro lato. Allora l'organo discende con più facilità, e mentre colle pinzette lo si trae in giù, il dito indice dritto, introdotto profondamente nel Douglas, cerca di raggiungere il fondo, uncinarlo e rovesciarlo fuori vulva. Se con questo mezzo non si riesce, si afferra il fondo dell'utero con una pinza di Mouzeux, con cui si capovolge facilmente. Le pinzette che tenevano il collo furono precedentemente tolte.

Compiuto il capitombolo si fanno legature con seta delle tube, dei legamenti rotondi e dei legamenti utero-ovarici; se nel campo operatorio cadono le ovaie si comprendono nell'asportazione. Si tagliano i fili corti, e si ripongono queste dipendenze nel cavo addominale. Cosicchè in vagina restano le sole pinzette applicate alla base dei legamenti larghi fino all'altezza che comprendono l'arteria uterina e suoi rami. Si imbottisce la vagina con lunghe striscie di garza all'jodoformio. Dopo 48 ore si tolgono le pinzette. La prima medicatura, se le striscie di garza non sono intrise di sangue, si fa al settimo giorno. Si rinnova la medicatura ogni tre giorni.

Modificando, nel modo su descritto, il tecnicismo nell'estirpazione dell'utero dalla vagina, il chirurgo, oltre che evita i due pericoli più gravi, che sono l'emorragia e l'infezione, rende il capitombolo dell'utero più agevole e più sicuro che con tutti gli altri processi esaminati. Difatti tutti gli operatori, se eccettui Bottini e Billroth, non parlano nei loro processi di asportazione preventiva della neoplasia e della massa fungosa, che co' suoi putridi e anfrattuosi recessi è causa sovente di emorragia e di infezione per i detritus che nei maneggi si distaccano e s'innestano non solo nell'ampia ferita, da cui deve far capo l'utero, ma anche nelle abrasioni e punture accidentali che si possono produrre durante l'operazione. Sicchè tutti gli operatori si sono preoccupati di

questi inconvenienti, e per opporre una barriera all'infezione, chi di essi lascia integro fino all'ultimo il fornice posteriore, chi il fornice anteriore e chi il solo peritoneo.

Ma per le trazioni e la compressione che si è costretti ad esercitare sull'utero, tale eventualità è sempre facile, e per questo gli operatori perdettero la maggior parte delle ammalate, e di quelle sopravvissute operatoriamente la recidiva non si è fatta molto aspettare. Che se il Bottini e il Billroth evitarono i suaccennati inconvenienti, l'uno asportando la neoplasia con l'ansa galvano-caustica, l'altro coll'amputazione cruenta del collo dell'utero, pure, aprendo il solo fornice anteriore e lasciando gli altri integri sino al punto di eseguire il capitombolo, questo, se viene relativamente facilitato, offre sempre quelle difficoltà, che s'incontrano nel più dei casi, in cui il collo è usurato imbutiformemente dall'ulcera cancerigna.

Scongiurata l'infezione, asportando preventivamente la neoplasia, conviene aprire i due fornici, l'anteriore e il posteriore, eseguire la forcipressura della base dei legamenti larghi fino all'altezza alla quale contengono l'arteria uterina, recidere rasente l'utero per distaccarlo dai suoi attacchi. Dopo ciò, il capitombolo dell'utero riesce facile e sicuro, vantaggio assai importante, chè talora questo indispensabile tempo dell'operazione rimane compito assai arduo e malagevole, ed in alcuni casi impossibile affatto.

A dir breve, la mia modificazione consiste: 1.° nell'asportazione preventiva della neoplasia; 2.° nella forcipressura della base dei legamenti larghi di basso in alto, restando le pinzette applicate definitivamente; 3.° nella legatura d'alto in basso delle dipendenze uterine. E per maggiore chiarezza, reputo opportuno, passare all'esposizione del caso che operai con questa modificazione.

Osserv. 3.ª — Ignazia Gallo, di anni 40, da Salemi, senza precedenti gentilizi degni di nota; il padre le morì di pleurite, la madre di vizio cardiaco. Ebbe a 13 anni la prima mestruazione affatto regolare, passò a marito a 22 anni, ed ebbe 4 volte parti e puerperi regolari. Tre figli morirono in tenera età, l'altro è tuttora vivo, di forte costituzione. A 34 anni, dopo 6 anni di vedovanza, riprese marito; dopo 5 mesi ebbe un aborto seguito da grave metrorragia che rese ben presto quella donna oligoemica. Da quell'epoca, nelle ricorrenze mestruali venne tratto tratto assalita da profuse metrorragie, lasciandole

una grave spossatezza generale. Da circa 10 mesi cominciò a soffrire dolori intensi alla regione sacrale e pubica che s'irradiavano ai lombi. Ma di queste sofferenze, non si dava pensiero; però quando avvertì perdite leucorroiche dai genitali, miste a sangue, che si facevano sempre più abbondanti, ricorse alle cure di alcune levatrici, le quali, esperite infruttuosamente molte cure, finalmente la consigliarono di ricoverarsi nello Spedale S. Saverio. Difatti a 4 Aprile 1890, essa fu ricoverata in quel nosocomio, però ne fu licenziata dopo tre giorni, dichiarandola affetta da cancro bensì, ma inoperabile.

L'illustre prof. Santi Sirena, accertata la diagnosi di carcinoma dell'utero, me la raccomandò.

La Gallo è alquanto dimagrita, profondamente oligoemica, di temperamento nervoso.

Il corpo dell'utero è assai ingrossato e dolente alla pressione. Il collo uterino è quasi distrutto, e nel fondo di esso vedesi una profonda escavazione che si prolunga in alto. I fornici anteriore, posteriore e laterale sinistro sono integri, depressibili e soffici, ma il fornice laterale destro è indurito ed infiltrato, anzi l'ulcera, che ha distrutto la corrispondente porzione del collo, si estende sulla parete vaginale del fornice. Dall'orifizio uterino emergono fungosità rossigne, gementi sangue al più lieve tocco. Dalla cavità uterina cola abbondante siero icoroso e fetido. La sonda vi penetra per 8 cm. Nessuna apparente alterazione alla vescica, nessuna traccia di complicazione per parte della pleiade linfatica finitima.

La mattina del 15 Aprile 1891, colla diretta cooperazione del dottor Di Bella e con l'aiuto degli egregi dottori Aversa, Crima e delle levatrici signore Di Gregorio e Marianna Gallo, si procedette all'operazione con le cautele antisettiche le più rigorose ottenute col sublimato.

Cloroformizzata profondamente l'inferma e messala in posizione ostetrica, abbassai fortemente il perineo e la vagina con larga valva di Simon, e per avere il maggiore spazio possibile, feci applicare i divaricatori vaginali di Hegar. Ciò fatto, afferrai colle pinze di Mouzeux il collo dell'utero, che era stato nei giorni precedenti disinfettato rigorosamente con sublimato e jodoformio, e lo arroventai col termo-cauterio di Paquelin, in modo da necrotizzare tutta la superficie addentrandomi sino nella cervice, e asportando così tutta la parte morbosa. Detersa per bene la superficie con forte soluzione di sublimato, sgombrata interamente la vagina da ogni detritus cancerigno, stirai in alto il collo quanto mi fu possibile, ed aprii il fornice posteriore nel modo su descritto, ma nel mentre dissecavo l'utero dalla vescica, non potei evitare di ferire questa per 2 1[2 cm. a causa di conati di vomito sopraggiunti all'inferma di scatto. Continuai staccando il setto vescico-uterino colle dita; e mentre un aiuto esercitava trazioni sul collo a destra, io sulla guida dell'indice introdotto nel Douglas, applicai alla base del lega-

mento largo una forte e breve pinza di Doyen, e recisi con colpi di forbice curva sul piatto fra la pinza ed il margine uterino, feci altrettanto del lato opposto. Uncinai per bene il fondo della matrice colle dita stesse, e con tutta facilità le feci eseguire il capitombolo. Cominciai allora prima a sinistra della paziente, poscia a destra a suddividere con altrettanti lacci le appendici dell'utero, tuba, legamento rotondo, legamento utero-ovarico. Liberato a destra e a manca l'utero, l'estrassi interamente, se non che sotto i ripetuti conati di vomito dalla breccia peritoneale avvenne la protrusione e addirittura la fuoriuscita dalla vulva dei visceri intestinali, che a ricacciarli, feci togliere subito il piano inclinato su cui giaceva l'inferma, e collocai le gambe di essa sulle mie spalle alzandomi sollecitamente dalla sedia per fare in modo da improvvisare il letto di Trendelenburg. Ciò non ostante, sotto i conati ripetuti di vomito i visceri tendevano sempre a sortire, e vennero solo contenuti dopo che si restrinse quella breccia con due punti di sutura. Dopo ciò cucii la ferita della vescica con fili di catgut. Nella sutura ebbi l'avvertenza di non comprendere la mucosa vescicale, e dopo che mi assicurai che il ravvicinamento delle pareti della vescica era esatto, vi lasciai in essa un catetere a permanenza. Tamponai la vagina con lunghe striscie di garza all'jodoformio dopo che disinfettai tutto il canale con larghi lavacri di debole soluzione al sublimato.

Trasportata l'inferma sul proprio letto previamente preparato, fu posta in decubito supino con le natiche alquanto rialzate. La durata dell'operazione fu poco più di un'ora. Il decorso post-operativo fu uno dei più tipici. Nessun disturbo di ventre, appetito sempre vivo, non rialzo di temperatura, solo la pulsazione salì a 70. Si prescrive che ad ogni 4 ore le venga tolta l'orina. Al 2.° giorno dall'operazione vennero rimosse le due pinzette, che erano applicate alla base dei legamenti larghi. Dopo una settimana si fa una prima medicatura, e al 9.° giorno si rimuove il catetere, senza cui le orine si avviano naturalmente. In 14.ª giornata l'inferma comincia a lasciare il letto, in 18.ª cammina di già per la stanza senza risentirsi di nulla.

L'apertura del peritoneo, meno nei punti in cui passavano le due pinzette, si riunì per prima intenzione, ma subito dopo tolte le pinzette si chiusero pure i piccoli fori. Nello stato generale poi l'operata acquistò un aspetto così fiorente che recava meraviglia non solo ai parenti e alle persone intime della malata, ma anche ai miei colleghi.

Però convien confessare che la riuscita cotanto meravigliosa di sì grave operazione, si deve in gran parte alla solerte ed efficace cooperazione degli aiuti. Ed è perciò che mi sento in dovere di tributare una parola di meritato encomio agli egregi colleghi Di Bella, Crima, Aversa e alle signore levatrici Di Gregorio e M. Gallo.

In 25.ª giornata l'operata cominciò ad uscire in città, e dopo un mese venne a trovarmi all'Ambulatorio privato di malattie uterine con

quel florido aspetto, che infondeva coraggio alle povere malate ivi accorse, alcune delle quali per timore non volevano portar riparo ai loro malanni.

Non è giusto però tacere, che il contento di vedere quella donna tranquilla e festante per l'esito felice ottenuto dall'estirpazione totale dell'utero non durò più di un anno, poichè l'infelice ebbe recidiva del morbo fatale, a cui dopo una serie di sofferenze soccombette.

Esame anatomo-patologico. — Il corpo dell'utero è poco ingrossato, ma duro. Nella superficie di sezione destra e in basso si nota infiltrazione neoplastica. Il collo nella sua porzione sopravaginale è ingrossato. La mucosa della cavità uterina era invasa dal neoplasma.

La ferita della vescica nel mio caso non si deve attribuire alla modificazione da me apportata, ma ad un mero accidente. Del resto la ferita di quest'organo nell'isterectomia non è infrequente, massime, se, come nel caso mio, il cancro propagasi troppo in alto. Questa diffusione del processo morboso rende malagevole la dissecazione della vescica dall'utero, per cui ginecologi e chirurgi esimi come Freund, Martin, Fritsch, Müller, Taylor, Dimitri, Hegar, Kaltenbach, Pozzi, Olshausen, ed i nostri Bottini, Durante, D'Antona, Mangiagalli, Tricomi, Ruggi, Inverardi, Ceci, Novaro, ecc. contano parecchi casi di ferite della vescica, con esito finale della fistola vescico-vaginale, anzi il Billroth in due casi di ferita della vescica, non ostante cercasse emendare l'errore con la sutura, che riuscì a compierla esattamente, in circostanze ben ardue, pure le due operate morirono. Cosicchè non si mette in dubbio che la ferita della vescica è un grave accidente che complica l'atto operativo; però non è tale da sconfortare l'operatore, giacchè si può avere sovente la rapida cicatrizzazione della ferita, e ciò avviene facilmente quando la lesione della vescica succede al punto più alto di quest'organo, lontano cioè dal trigono vescicale. Nel quale caso ne viene che l'orina gocciolante incessantemente dagli ureteri in vescica, s'incanala nel catetere lasciato in permanenza, senza bagnare i margini della ferita di quel viscere di cui seguì la guarigione rapida nel caso suesposto. E alla stessa ragione, credo attribuir devesi il successo ottenuto dal dott. Di Bella (30), il quale in un caso di amputazione sopravaginale ferì la vescica, e ottenne la guarigione per prima intenzione, lasciando dopo la sutura un catetere in permanenza per alcuni giorni.

Potrei notare altri esiti favorevoli riportati da eminenti operatori, ma essendo a conoscenza di tutti, per brevità me ne passo.

Osserv. 4.ª — L'isterectomia in questo caso venne praticata col processo Martin modificato dal D'Antona.

N'è soggetto la signora Elvira Rominati del fu Antonio e di Caterina Opoli, di Gonzaga (Lombardia) di anni 39, abitante in Cefalù.

Mestruata a 14 anni, ebbe difficoltà nel flusso mestruo, e tale difficoltà si ripetè ogni mese fino a 19 anni, epoca in cui andò a marito. A capo di tre mesi ebbe principio una gravidanza che condusse bene sino al suo termine; però la donna fu operata di forcipe. Il puerperio febbrile indebolì la donna in modo da non poter allattare la propria bambina. Dopo sei mesi dal parto divenne incinta per la seconda volta, ma abortì a tre mesi. Dopo 8 mesi ebbe un altro aborto seguito da metrorragia grave. Nell' anno 1882, tre anni dopo l' ultimo aborto, la Rominati fu gravida per la 4.ª volta, ed a capo di nove mesi ebbe un parto fisiologico, e la gioja di un bambino ben sviluppato che vive tuttavia ed è sano.

In Aprile 1890, trovandosi la signora in Cefalù con il marito di lei, Domenico Serio, addetto al distretto militare, passò una intera notte a danzare, mentre eransi manifestati in lei i tributi mensili. Ciò le causò oltre emorragia grave, dolori retropubici e sacrali, ed ogni volta, da quell'epoca l'accoppiamento era seguito da metrorragia. Consultatasi, per questi disturbi, con un medico locale, questi si accorse di un carcinoma al collo dell' utero, e la consigliò di recarsi tosto a Palermo, ove si fece osservare da varii chirurgi, i quali confermarono bensì la natura della malattia, ma sconsigliarono apertamente il tentativo di una cura radicale.

Ritornata la signora a Cefalù, di bel nuovo si affidò alle cure dell'egregio dott. Pernice, e questi proseguì la cura palliativa, ma non ostante ciò, con le metrorragie, divennero più molesti i dolori, come lancinanti, e le secrezioni vaginali puzzolenti. Sicchè l' inferma, nel Maggio dello stesso anno, per tema di dover presto abbandonare il tenero figlio, ed uno sposo adorato, essendo donna di elevato sentire e molto affettuosa, sui primi di Giugno dello stesso anno, ritornò in Palermo, e volle il mio parere. Dopo un succinto esame confermando la diagnosi di carcinoma, le ingiunsi, che essendosi di già inutilmente esperimentate tutte le altre risorse, altro non rimaneva che fare la estirpazione dell'utero. Tale consiglio fece una profonda e sfavorevole impressione sovra questa signora assai impressionabile, e che fino a quell'ora, pare non si fosse fatto un concetto esatto dell'indole e gravità del male che l'affliggeva. Ciò non pertanto, ebbe fiducia, e mi si affidò col convincimento, che dovesse ritrarre vantaggio dall'operazione. Ella era molto dimagrita ed oligoemica.

All' esame vaginale constatai che il collo dell' utero era interamente distrutto, e l' ulcera profonda, sinuosa, di colore bigio sudicio, con margini irregolari e induriti, davano poco sangue all'esplorazione digitale. La sonda uterina penetrò per 7 centimetri, e provocò dolore ed emorragia. Il corpo dell' utero non era molto ingrossato, ma poco spostabile. Liberi i fornici vaginali, meno il posteriore, ove l'ulcera si estendeva un centimetro e mezzo circa alla vagina corrispondente.

Con l'aiuto degli egregi dottori Di Bella, Crima, Crisafulli e della levatrice signora Briuccia, la mattina del 9 Giugno, previi i soliti preparativi, intrapresi l'atto operativo. Incontrai non poche difficoltà nel tirare in basso l'utero, perchè le pinzette lasciavano facilmente la presa. La legatura dei legamenti larghi fu molto indaginosa, restando l'utero in sito, e la rottura del filo di seta (n. 4 a treccia) nello stringere il nodo rese più disagevole l'atto operativo. L'accidente si ripetè per ben tre volte, a danno della povera inferma, che esausta di forze non poteva sopportare a lungo l'atto operativo. Dopo che riuscii a legare i legamenti larghi, e secondo D'Antona, ad applicare i due klemmer, dissecai indietro ed ai lati l'utero; ma non mi fu possibile, nè col dito introdotto nel Douglas, nè colla pinza curva di Mouzeux, capovolgere il fondo dell'utero. Vi riuscii solo, allorquando feci valide pressioni sul fondo dell'utero dall'alto in basso, aiutandomi contemporaneamente a fare trazioni sulla pinza. Le ovaie non seguirono l'utero e vennero lasciate. I fili delle legature, riuniti in due fasci, si lasciarono pendenti ai lati dei klemmer.

Medicatura come fu descritta nel processo D'Antona.

Il decorso post operativo fu turbato la sera stessa dell'operazione da notevole meteorismo a tutto l'addome, e da febbre a 39° accompagnata da intensi dolori, che dalla pelvi si diffondevano ai lombi; polsi frequenti, estremità fredde, fisonomia alterata. Le iniezioni di etere e di caffeina rianimavano ben poco l'inferma, l'iniezione ipodermica di morfina leniva momentaneamente, ma non faceva cessare del tutto le sofferenze. Era la notte avanzata, e l'inferma, non avea emesso ancora una goccia d'orina, nè la vescica ne conteneva. Intanto ai lati del ventre, tumido e teso per meteorismo, si constatavano due intumescenze oblunghe, sinuose, del calibro dell'intestino tenue. La mattina del dì seguente, l'infelice Rominati era presso a morire per anuria assoluta e per l'aumento di tutte le altre sofferenze. Il vomito che si iniziò alla fine dell'operazione, si mantenne ostinato tanto da non poter trattenere una goccia di liquido. Dai sintomi ribelli a qualunque rimedio, e dall'esame di quelle intumescenze, entrò in me la convinzione trattarsi di un accidente operatorio grave, non difficile a capitarsi nel mio caso, per le manovre disagevoli che dovetti adoperare. Difatti, quelle rilevatezze non potevano essere altro che gli ureteri enormemente distesi dall'accumulo di orina, per essere stati compresi nella legatura della porzione bassa dei legamenti larghi. Questo accidente produsse in me grave turbamento d'animo, e per diminuire un po' di responsabilità dell'errore commesso, mi decisi sciogliere il nodo di quei fili che tenevano legata la porzione bassa dei legamenti larghi. Difatti, mercè il valevole ajuto dell'egregio amico dott. Di Bella, mi accinsi al piccolo, ma delicato atto operativo, tenuto conto delle condizioni miserrime in cui versava l'inferma. Sciolto il nodo d'ambo i lati

con delicatezza, e superando ogni maniera di difficoltà, attesi per più ore, inutilmente, aspettando che l'orina fluisse dagli ureteri; allora dubitai che questi invece che dai lacci, fossero compressi dai morsi dei klemmer, forse spinti troppo in alto, e senz'altro li abbassai tanto nella base dei legamenti larghi fino a comprendere solo l'arteria uterina. E non m'ingannai, poichè dopo un'ora e mezzo, ebbi la grande consolazione di assistere all'emissione spontanea, benchè dolorosa, dell'orina, dalle vie naturali. L'inferma, dopo che quei condotti furono evacuati, avvertì un miglioramento sensibile; se non che, dalla breccia veniva fuori liquido icoroso; perlochè vi allogai una cannula di vetro e vi feci prolungate irrigazioni con debole soluzione di sublimato. Queste irrigazioni si ripetevano tre a quattro volte, nelle 24 ore. Lo stato generale dell'inferma migliorava di giorno in giorno, sicchè cessarono i dolori e quindi i vomiti, il meteorismo scomparve, e nonostante si fosse manifestata in lei una diarrea che si mantenne ostinata per alquanti giorni, pur tuttavia al 22.° giorno dall'operazione potè lasciare il letto, e dopo un mese ritornare in quella di Cefalù, onde riaversi del grande deperimento organico. Dalle notizie attinte in prosieguo dal marito dell' operata, mi godette l'animo nell'apprendere che era divenuta di aspetto florido e nelle condizioni generali così propizie, che non si sarebbero potuto desiderare migliori. Però, dopo alcuni mesi di benessere (10 mesi dall'operazione), ebbi notizia che il male recidivò e l'infelice Rominati se ne morì dopo che l' ulcerazione avea distrutto la vescica e l'intestino retto.

Il pezzo asportato era di un volume triplo dell' utero normale. Il neoplasma distrutto il collo, erasi esteso sino alla parte superiore del corpo, ove formava esternamente alcune insolite sporgenze papillari. Del resto la cavità del corpo era sana. Il tumore era costituito da grossi elementi epiteliali cilindrici.

Questo caso potrebbe essere oggetto di svariate considerazioni, però io mi limito a dire solo, che dovetti deviare dal processo D'Antona, non solo per l' impossibilità di eseguire il capitombolo pria di fare la dissecazione del fornice anteriore, ma anche per le difficoltà che incontrai nella legatura della base dei legamenti larghi, comunque avessi adoperato quella modificazione, di portarvi cioè un sol laccio secondo il succitato autore.

Nel mio caso l'utero era fisso, e dovetti perciò applicare alla cieca, sulla semplice guida del tatto, il laccio nel cavo addominale. Atteso ciò, era facile comprendere gli ureteri nell'allacciatura; sebbene questi, come abbiamo detto, non vennero compresi da essa, ma dai klemmer

forse spinti troppo in alto. E se gli ureteri non caddero nel taglio, fu vera ventura, perchè non portai il tagliente sino all'estremo delle pinze. Questo successo può dirsi veramente raro, giacchè per l'ordinario gli ureteri compresi nella legatura, vengono incisi insieme co' legamenti larghi, come è accaduto colla forcipressura ad eminenti operatori, tra gli altri a J. Boekel (31), a Richelot (32), a Lannelongue e Demons (33), Turazza (34), Buschtek (35), con l'esito finale della fistola ureterica, che da quest'ultimo autore è stata riparata due volte con la *sectio alta*. Colla legatura poi, è accaduto anche a distinti ginecologi, come a Pozzi (36), a Böekel (37), Sbreck (38), ecc. E siccome, nessuno, per quanto ne sappia, prese la risoluzione di sciogliere il nodo della legatura fra cui erano compresi gli ureteri, i fenomeni relativi al rene, prima che avvenisse lo spontaneo distacco del laccio, furono gravi tanto che indussero i sullodati operatori, benchè non sempre senza successo, di ricorrere alla nefrectomia.

Un altro accidente non meno importante da notare nel mio caso, si è l'avvenuta protrusione dei visceri addominali dallo sfondo del peritoneo aperto. Però questo accidente non è infrequente, e quel che più monta, espone l'operanda a serii pericoli, tanto più quando l'accidente si manifesta prima che l'utero abbia fatto il capitombolo. Difatti in questo caso più i visceri si ricacciano e meglio protrudono. Sicchè l'operazione in simil genere venne condotta a compimento da un abile chirurgo, solo quando si praticò un'apertura al disopra del pube per introdurvi la mano di un aiuto cui affidare i visceri, che altrimenti non si potevano contenere, però, dopo due ore, l'operata divenne cadavere!

Nel mio caso, benchè l'accidente ebbe luogo ad operazione finita, pure, essendo la visceraglia addominale fuoruscita in mezzo le cosce, sarebbe stato esiziale il caso, se non avessi improvvisato quell'artificio su descritto. Nè per quell'accidente si possono incolpare le larghe incisioni peritoneali, che anzi feci l'apertura limitata per impedire l'emigrazione delle anse intestinali; però, a causa del vomito ostinato, provocato dal cloroformio, non si potè impedire quell'accidente, che del resto, molti operatori non l'hanno potuto evitare, e senza essere determinato da veruna causa.

Dall'entusiasmo esagerato, cui chirurghi e ginecologi eminenti erano animati fino ad anni addietro, per l'estirpazione totale dell'utero can-

ceroso, estendendo l'indicazione sino ai gradi più avanzati di diffusione della neoplasia, subentrò ben tosto lo sconforto, tanto che alcuni esimii chirurghi ne restrinsero l'indicazione, ed altri proposero addirittura l'abbandono di questa importante operazione. E perchè non si creda ch'io esagero, mi riferisco alla decima riunione della Società Italiana di Chirurgia tenuta in Roma nell'anno 1894, ove il chiarissimo prof. Durante manifestò lo sconforto per gli insuccessi avuti intorno all'estirpazione dell'utero canceroso. Egli confessò che delle sue 50 operate, meno una morta per setticoemia 8 giorni dopo la sofferta operazione, e due che erano ancora sane, l'una operata da quattro, l'altra da cinque anni, tutte le altre erano cessate di vivere entro i due anni dall'operazione con recidive locali. Dopo ciò domandava ai colleghi se doveva con nuove e più razionali vedute operative continuare l'estirpazione dell'utero canceroso o cessare affatto di combattere cruentemente questo inesorabile morbo della matrice. Il prof. Caselli, per il primo, rispondeva che nemmeno i suoi risultati lo incoraggiavano a seguire quest'operazione, e alle stesse conclusioni vennero i professori D'Antona, Ceci, ecc.

A breve distanza però, la Società Italiana di ostetricia e ginecologia tenutasi a Roma in Ottobre 1894 si mostrò più rinfrancata dietro la splendida relazione del prof. Mangiagalli, il quale se rigetta la cura radicale del metro carcinoma, quando questo è molto diffuso, non crede doversi rifiutare nei casi di limitata invasione della vagina o dei parametrii; sotto forma di nodi ben distinti, individualizzati, nei casi in cui la vagina, quantunque invasa, è tuttora mobile e rovesciabile, nei casi in cui l'utero non può abbassarsi, ma è spostabile e un po' mobile in situ, e si possono circoscrivere col tagliente i nodi parametrali, in tali casi, non crede possa negarsi alla paziente il conforto della speranza che l'operazione possa valere a guarirla o eventualmente a prolungare la sua esistenza.

I prof. Fabbri, Acconci, La Torre, Marocco, Regnoli e tanti altri fecero eco all'opinione dell'illustre relatore.

Il chiarissimo prof. Morisani, preside di quella Società, fece rilevare che l'operazione ha diritto a rimanere, asserendo che i risultati prossimi sono ottimi, quelli lontani abbastanza buoni.

Tra questi due pareri disaccordi, tra' chirurgi cioè che sconfortati dagl'insuccessi per la rapida recidiva, e tra' ginecologi che la propu-

gnano estendendo l'indicazione anche ai casi di diffusione della neoplasia al di là dei limiti dell'utero, fa d'uopo di una conciliazione, poichè la virtù, come sempre, sta nel mezzo. Non si può abbandonare la cura radicale del cancro dell'utero. È necessario però saper scegliere i casi in cui l'atto operativo può venir messo in pratica, per non dare luogo a recidiva. Questa difatti, quando avviene a poca distanza dall'isterectomia, è da imputarsi il più delle volte ad un tardivo intervento. E che ciò sia vero, si può dedurre da quel che ne abbiamo scritto in queste stesse pagine, in cui ricordammo sino a qual grado di diffusione della neoplasia, chirurghi esimii si sono spinti ad operare. E per non andare lontani possiamo dare uno sguardo alle statistiche di Durante, D'Antona, Mangiagalli, Tibone, Morisani, Calderini, Pasquali, Chiarleoni, Inverardi, Pestalozza, Acconci, Caselli, Turretta, ecc., ed in esse non troviamo che pochissimi casi, in cui il carcinoma dell'utero venne operato nel suo inizio. Generalmente la neoplasia avea fatto le sue devastazioni, prima che il chirurgo si fosse armato del coltello, per porre argine all'invadente male. A provare ciò, mi basta citare uno dei più forti propugnatori dell'isterectomia, il Mangiagalli, il quale nella sua dotta relazione a pag. 134 scrive:

« In circa tutti i casi da me operati erano presenti, almeno da sei mesi, sintomi che dovevano indiziare fortemente la malattia. Con tutto ciò 19 delle mie operate si possono considerare guarite radicalmente, giacchè da cinque anni non hanno avuto più recidiva. » Or, dico se il male fosse stato colto nel suo esordire, allora la percentuale sarebbe di certo avvantaggiata. Ed è così che possiamo spiegarci i brillanti risultati che vantano gli stranieri, tra gli altri il Leopold, il quale conta il 64 1[2, ed il Martin più recentemente il 70 0[0 di guarigione radicale. E se togliamo l'esagerazione, e il fatto notato sagacemente dal prof. Ceci che in Germania sovente si pratica l'isterectomia nei casi in cui non si tratta veramente di neoplasia maligna, il fatto del risultato migliore si spiega perchè là i chirurgi hanno la fortuna di vedere ed operare, a cancro incipiente, cosa che tra noi, specie in Sicilia, riesce difficile, anzi impossibile, sia perchè la donna, per malinteso pudore si presenta tardi al medico, sia per la scarsa diffusione della coltura e pratica ginecologica, sia per il decorso subdolo della malattia, sia per erronea interpretazione della perdita sanguigna, da parte, non solo della malata, ma qualche volta anche del medico di

famiglia e della levatrice, a cui l'ammalata, almeno qui in Palermo, si affida per la prima.

Posto ciò è da augurarci che la coltura ginecologica sia più diffusa, in modo che ogni medico sia in grado di poter conoscere, a tempo debito, la fatale malattia, onde rendere edotta l'inferma, e consigliarla di farsi operare prontamente. A conseguir ciò, è d'uopo, trarre profitto dall'esame dei pezzettini di tumore, affinchè ai caratteri clinici della neoplasia, talvolta dubbii, tal'altra non palesi, si aggiungano quelli assai importanti della microscopia. E spetta alla scuola di Schroeder, e specialmente a Ruge e Veit (39), il merito di aver dimostrato il valore dell'esame microscopico della porzione vaginale, e diede loro la convinzione di poter riconoscere al loro inizio, le alterazioni carcinomatose, tanto che nel loro lavoro conchiudevano: *che l'esercizio metodico esplorativo di pezzetti della porzione vaginale deve essere introdotta nel diagnostico ginecologico, come il mezzo migliore ed essenziale per riconoscere tutti i processi maligni della porzione vaginale del collo.* In Francia merita di essere segnalata specialmente l'opera di Cornil (40), e di Doléris (41); mentre da noi un contributo interessante, per dimostrare l'importanza del microscopio, a scopo diagnostico, ci venne dato dal dott. Clivio (42).

Vero è, che manifestatosi il cancro dell'utero, dal primo centro di sviluppo s'irradia subito da ogni parte ed in ogni senso; sicchè si trapianta subito nella pleiade ganglionare finitima. E come lo provarono le interessanti ricerche di Martin e Liebmann (« Cenni clinici intorno ai primi stadii del cancro del collo uterino »), anche per quei casi in cui l'affezione sembrava circoscritta all'orifizio, pure al microscopio si osservarono zaffi cancerigni invadenti il corpo e talora già arrivati al fondo.

Colomiatti, in un lavoro sull'operabilità del cancro, fece rilevare che esso si diffonde per mezzo degli spazii linfatici peri-nervosi ed endo-nervosi e quindi crede razionale l'asportazione dell'utero, anche l'epitelioma fosse a forma di nodo perfettamente circoscritto. Ruge e Veit osservarono come il cancro uterino si diffonda facilmente alla periferia, invadendo il connettivo parametrico, attaccando poi in un tempo relativamente breve le ghiandole della mucosa vaginale, sicchè, mentre clinicamente sembra limitato alla cervice, anatomicamente trovasi già esteso alla vagina ed al connettivo peri-uterino. Circostanza anatomo-patologica di sommo momento, che vale a spiegarci come

amputata, o altramente distrutta la cervice uterina invasa da cancro, ordinariamente non si hanno pause passeggiere e la neoplasia ripullula sul moncone. Ciò ci dà la spiegazione di quei pochissimi casi, che sebbene operati quando il cancro era circoscritto, la recidiva pur tuttavia si è fatta rapida. La diffusione poi più o meno rapida della neoplasia si fa secondo la varietà del cancro. Ma più che alla natura della neoplasia, la recidiva il più delle volte si deve alla tecnica operativa male eseguita.

Non si può negare difatti che si è proceduto e da pochi si procede ancora con poco accorgimento nell'operazione del cancro dell'utero. Oltre alla recidiva linfatica, ghiandolare, a quella locale, a quella metastatica, Winter (43), descrive ed analizza accuratamente quella da innesto, dovuta al seminio di elementi cancerigni nel tessuto sano nel momento dell'operazione. Con ragione quindi il Bottini ed il Billroth fecero l'esportazione preventiva della neoplasia; ed io, non senza scopo, sostenevo in principio di questo scritto, non essere cosa di poco rilievo il perfezionamento della tecnica operatoria, oltre l'intervento precoce. L'uno e l'altro difatti, sono indispensabili per il buon successo dell'operazione. Essi, non tanto influiscono sulla mortalità, ma sono necessarii per ottenere la guarigione definitiva. Questo dev'essere il precipuo scopo del chirurgo, il quale si accinge a demolire tutto l'organo affetto dal cancro; sebbene ancora non si sa precisare dopo quanto tempo dall'operazione si può considerare scongiurata la recidiva. Difatti i pareri sono ancora discordi; mentre Hofmeir afferma che se il carcinoma è limitato alla porzione vaginale, e sia trascorso un anno circa dall'operazione, le operate sono garantite dalla recidiva locale; Schroeder e Martin credono non meno di due anni sieno necessarii per giudicare le operate esenti di recidiva.

Krukenberg (44), la cui statistica è la più numerosa e la più circostanziata, afferma che dopo il 5.° anno dall'operazione non siesi osservato alcun caso di recidiva, e nel 4.° anno il 7 0[0] di recidiva. Cosichè nella statistica di Krukenberg erano senza recidiva:

Dopo il	1.°	anno	58. 5 0[0]
»	2.°	»	44. 7 »
»	3.°	»	37. 5 »
»	4.°	»	23. 5 »
»	5.°	»	17. 6 »

Nella statistica di Richelot erano senza recidiva oltre ad otto ammalate in meno di due anni:

1 dopo 2 anni	1 dopo 3 anni e 6 mesi
1 » 2 » e 5 mesi	1 » 4 » e 1 »
1 » 2 » e 7 »	1 » 6 » e 10 »
1 » 3 » e 1 »	1 » 7 » e 3 »
1 » 3 » e 4 »	

Tra gli operatori, che accettano il criterio di due anni senza recidiva come espressione di guarigione durevole, notiamo Leopold che ha il 64 1[2 0[0 di guarigioni; Schauta il 47.3 0[0, Olshausen il 47.5 0[0, Fritsch il 47, Martin per un anno e mezzo il 70 0[0, Winter dà dopo 2 anni il 26 0[0, Bucheler sulla esperienza del defunto prof. Kaltenbach dà una percentuale del 28 0[0 di guarigioni durature da 6 a 7 1[2 anni dopo l'operazione; Mangiagalli, riunendo le sopravviventi dopo 2 anni sia dei casi con diffusione che di quelli senza diffusione secondaria, ha:

9 fra 2 e 3 anni	4 fra 4 e 5 anni
6 » 3 e 4 »	2 » 5 e 6 »

Casi poi di guarigione durevole di isterectomia per carcinoma, ne cita Berruti (45), nel suo lavoro spettanti a lui stesso, a Bergesio, a Biondi, a Bottini, a Carle, a Cavazzani, a Franzolini, a Frattina, a Novaro, a Romiti, a Ruggi, a Tibone.

Nella Società ostetrica ginecologica di Pietroburgo, nella seduta del 39 Dicembre 1893, Ratschinki presentò un'ammalata senza recidiva nella quale era stato asportato l'utero 8 anni e mezzo prima, e altri casi citarono Rein, Fenomenoff, Ott, Olenine, in cui non s'era avuto recidiva dopo 4, 5, 7, 8 anni. Aggiungerò che Warren, Chelius, Grafe, Velpeau, Bardeleben, Follin, ecc. hanno potuto seguire delle donne operate per lo spazio di 5, di 10, di 15, di 20 ed anche di 25 anni senza osservare la recidiva della neoplasia. Questi esempii sono eloquenti. Essi provano che operando l'isterectomia totale, oltre che si ha frequente la cura definitiva, la mortalità è ridotta al minimo. Leopold, come sopra abbiamo fatto notare, dal 1883 al 1889, ha fatto 80 isterectomie vaginali per cancro con 4 morti solamente, ossia 5 per 100; i 52 ultimi casi della serie sono stati seguiti da guarigioni. Dimitri de Ott ha fatto 30 operazioni con zero morti; Schauta ne ha praticato 65 con 5 morti, ossia 7.6 0[0.

Dei pochi casi da me operati non si possono certamente trarre dei risultati statistici, nè circa la mortalità immediata all' operazione, nè circa la frequenza della recidiva.

In due casi, di cui uno l'operai alla Freund, e l'altro alla Freund-Martin, mi toccò la stessa sorte che a tutti i chirurgi che operarono per i primi in Italia. Negli altri due casi di isterectomia vaginale, che furono i primi casi operati e guariti in Sicilia, la recidiva si fece vedere in uno al 9.°, nell' altro all' 11.° mese. Però, di 32 casi di amputazione sopravaginale ed infravaginale del collo dell' utero canceroso, oltre che non ebbi a notare alcun caso di morte, come farò conoscere meglio con un altro mio scritto, il cancro recidivò solo 6 volte da 5 mesi ad un anno.

Non è recidivato:

In 10 fra 2 e 3 anni	In 5 fra 4 e 5 anni
» 7 » 3 e 4 »	» 4 » 8 e 9 »

In uno dei sei casi che recidivò dopo un anno, l'ammalata è ancora vivente dopo 14 mesi dalla recidiva. Nel qual tempo l'ho vista in consulto una volta col chiarissimo prof. Tansini, un'altra, con l' egregio chirurgo dott. Aricò, con i quali abbiamo constatato, che la vagina era solidamente chiusa al punto da non potersi distinguere l'incisione praticata, ma il neoplasma si era diffuso lungo il legamento largo di destra.

In 4 casi di carcinoma del collo dell'utero gravido, in cui praticai l'amputazione infra-vaginale del collo, due dei quali già pubblicati nella *Riforma Medica* del 1890 (46) e gli altri due ancora inediti si ha: nel 1.° caso, non solo la gravidanza dal 5.° mese, epoca in cui praticai l'operazione, decorse fisiologica fino ad otto mesi e mezzo, nel qual tempo la donna partorì un feto maschio, ben sviluppato, senza l'aiuto dell' arte e la recidiva non ebbe più luogo, sicchè la donna sopportò due altre gravidanze con parti e puerperi normali. Nel 2.° caso, in seguito all' operazione, si risvegliarono nella gestante dolori atroci all' ipogastrico, ai fianchi, agli inguini e alle cosce, ma si calmarono tosto che fu rimosso lo zaffo vaginale fatto con garza al jodoformio e praticandole contemporaneamente le iniezioni ipodermiche di morfina. Però la gravidanza, a causa che l' inferma si assoggettava a lavori grossolani, s' interruppe al 7.° mese, e partorì un feto gracile, che sopravvisse appena due giorni. Al parto seguì peritonite grave, tanto

che, a debellarla fu necessario mettere in uso tutti i mezzi dell' arte. Non posso dire nulla relativamente alla recidiva del neoplasma, giacchè quella povera donna perdè improvvisamente la vita travolta dalle onde. Nel 3.° caso, la donna, oltre ad uno scolo puzzolente dai genitali, andava soggetta ad uno stillicidio continuo di sangue da circa due mesi; sicchè i tributi mensili venivano mascherati da quel fenomeno morboso, e quindi l'amputazione del collo uterino in questo caso si fece senza il minimo sospetto di gravidanza. Se non che, dopo l'operazione s' iniziarono vomiti ostinati che io attribuivo allo zaffo e all'azione dell'jodoformio, però i vomiti si mostravano ribelli non ostante avessi rimosso l'uno e l'altro, e mi fossi limitato al semplice lavacro vaginale con debole soluzione di sublimato. Durante la cura che durò non meno di 20 giorni, si manifestarono in lei altri sintomi, che mi fecero sospettare che quella donna fosse incinta, nè m' ingannavo, poichè la gravidanza non tardò a farsi palese, e fortunatamente la condusse sino al 9.° mese, epoca nella quale si svegliarono i dolori del parto e ne seguì l'espulsione di un neonato vivo e ben sviluppato.

Riosservata l'inferma sei mesi dopo il parto, non notai nemmeno traccia di recidiva del neoplasma.

Nel 4.° caso la gravidanza era arrivata già al 6.° mese, nonostante le perdite sanguigne alternantesi a scolo fetido dai genitali. Il collo uterino era ipertrofico, bernoccoluto, sede di un'ulcera, di forma irregolare, con margini sinuosi, dentati e duri, come callosi, con fondo scolorito e in taluni punti verdognoli. L'amputazione del collo fu seguita da perdita sanguigna abbondante, da doglie uterine frequenti e gagliarde, però cessarono ben presto coi mezzi messi in opera.

A sette mesi e mezzo per causa indipendente dall' operazione, partorì un feto di sana costituzione, ed ebbe puerperio normale. Dopo 3 mesi dal parto non eravi recidiva. Non posso dire nulla relativamente a stabilità di guarigione, essendo quella povera donna emigrata per l'America. Ma di ciò m'intratterrò più lungamente in altra occasione.

Potrei citare molti altri casi di recidiva lontana anche nel carcinoma dell' utero nei quali, per la sua diffusione, mi son dovuto limitare alla cura palliativa. Di questi casi posseggo un' ingente materiale, per la ragione che dalla Provincia ed anche da parte della Sicilia vi accorrono qui in Palermo un gran numero di ammalate di cancro all'utero. Or, siccome queste infelici, ordinariamente venivano dichiarate inope-

rabili, dopo essere rimandate dall'una all'altra sala dello Spedale, dalle consultazioni pubbliche e private, rifiutandosi ognuno a mettervi mano, forse quando il morbo sarebbe stato suscettibile di cura definitiva, io che non ho creduto giusto rinunziare alla cura palliativa, ho sottoposto all'operazione tutte quelle ammalate che sono venute a chiedere l'opera mia. Ma ciò sarà argomento di un'altra prossima mia pubblicazione. Tanto più che a questo materiale privato posso aggiungere il materiale immenso che ebbi l'opportunità di osservare in qualità di chirurgo nell'Ospedaletto Annunziata, dove quelle disgraziate venivano mandate a deposito come inoperabili. Ma di ciò non è il luogo di occuparmene qui. A me basti dimostrare per l'argomento che sostengo, che anche in alcuni di questi casi si può avere la recidiva al di là di un anno. Ma ben altro è il nostro obbiettivo, noi vogliamo la cura definitiva, perciò non possiamo accettare come guarite quelle dopo un anno, come nemmeno quelle dopo due soli anni dall'operazione. Però non possiamo dire lo stesso di quelle non recidivanti da 4 a 5 anni, tanto più poi di quelle da 7 a 8 anni, da 15 a 20.

Che se le guarigioni durature sono poche relativamente al numero dei casi operati, ciò non è ragione valida, a voler, non senza grave danno delle povere ammalate, abbandonare questa importante operazione, che, eseguita sull'inizio, con una tecnica operativa più perfezionata, possa dare risultati sempre migliori.

Palermo, 6 Dicembre 1896.

BIBLIOGRAFIA.

(1) Freund. *Samml. Klin. Vorträge*, N. 133, *Centralblat. f. Gyn.*, N. 12, 1878.
(2) Kzerny. « Ueber Ausrottung des Gebärmutter krebses. » *Wien. med. Woch.*, 1879, N. 45 e 49.
(3) Bompiani. « La estirpazione dell'utero per la via della vagina. » *Gazzetta medica di Roma.*
(4) Ruggi. « Di un nuovo processo per l'estirpazione totale dell'utero dalla sua sede naturale. » *Bollettino delle scienze mediche di Bologna*, 1881.
(5) D'Antona. « Primi saggi di chirurgia addominale, » 1882.
(6) Bottini. « L'estirpazione totale dell'utero dalla vagina. » Collezione italiana di letture sulla medicina di Bizzozero, vol. I, N. 9, 1881.
(7) Vitanza. « Dell'amputazione utero-ovarica metodo Porro in confronto col taglio cesareo metodo Sänger. Studii sperimentali. » Comun. all'XI Congresso intern. in Roma, 1894.
(8) G. Di Bella. « Sull'operabilità del cancro dell'utero. » Tip. Editrice Tempo, 1891.
(9) Schwarz. « Estirpazione totale dell'utero. » *Berlin. Klin. Woch.*, 23 Aout.
(10) Terrier et Hartmann. *Revue de chirurgie*, 10 Aprile 1892.
(11) Richelot. *Bull. et Mim. Soc. de Chirurg.*, 29 Dec. 1886, pag. 946 et 952.

(12) PAWLIK. *Centr. f. Gyn.*, 1890, N. 1, pag. 22.

(13) MARTIN. « Zur Statistik der vaginalentotalextirpation wegen carcinom p. A. Martin. » *Berlin. Klin. Woch.*, N. 5, pag. 69, 31 Jauvre 1887.

(14) THIEM. *Centralblatt f. Gyn.*, N. 47, 1888.

(15) MORISANI. Società italiana di Ostetricia e Ginecologia, Roma, 1894.

(16) BOTTINI, loco cit.

(17) MARTIN. « Path. u. Ther. der Frauenkr., » pag. 368.

(18) D'ANTONA. « Nuovi saggi di chirurgia addom. » *Giorn. Intern. delle Scienze Mediche*, 1886.

(19) L. MANGIAGALLI. « Dodici casi d'isterectomia vaginale per carcinoma. Osservazioni e considerazioni. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1890, N. 1, pag. 22.

(20) BILLROTH. « Patologia e terapia chirurgica generale. »

(21) POZZI. « Trattato di Ginecologia clinica e operatoria. »

(22) MÜLLER. « Eine modificat. der vaginaltotalextirp. des Uterus. » *Centr. f. Gyn.*, p. 113, 1882.

(23) FRITSCH. *Centr. f. Gyn.*, pag. 1883, N. 37, pag. 585.

(24) HEGAR e KALTENBACH. « Die operation Gynäk., 3.ª ediz., 1883, pag. 446.

(25) DEMONS. « Comptes rendus du Congr. franç. de chir., » 3.ª sessione, 1888, pag. 372.

(26) PEAN. « Leçons de clinique chirurgicale professées pendant les années 1887 et 1888. »

(27) DOYEN. « Deux procédés inédits d'istérectomie abdominale et vaginale. » *Archives provinciales de chirurgie*, 2.ᵉ édition revue et augmentée, 1883.

(28) MANGIAGALLI. « Risultati prossimi e remoti della isterectomia vaginale per carcinoma. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1894.

(29) MANGIAGALLI, loco cit.

(30) DI BELLA, loco citato.

(31) J. BEEKEL. *Bull. et mem. de la soc. de ch.*, Giugno 1884, pag. 448.

(32) RICHELOT, in de Medic., loc. cit., pag. 80.

(33) LANNELONGUE di Bordeaux, citato da DEMONS, Congrès Français de chir., 1888, pag. 313.

(34) TURAZZA. *Riforma Medica*, 1893, vol. IV, N. 4.

(35) Dr. BUSCHTECK. « Zur Heilung von Ureterbauchdeckenfisteln und von Blasenscheidenfisteln durch die sectio alta. »

(36) POZZI, loco cit.

(37) BOECKEL, loco cit.

(38) SBRECK. *Berlin. Klin. Woch.*, N. 12, 1882.

(39) RUGE u. VEIT. « Zur pathologie der vaginal portion. » *Zeitschrift f. Gyn. u. Geburtsh.*, 1878, II, Bd. XV.

(40) CORNIL. « Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus. » Paris, 1889.

(41) DOLÉRIS et MONGIN. « De la métrite cervicale. » — PAUL PETIT. « Nécessité d'un diagnostique précis en gynécologie. » *Nouv. Archives d'obstétr. et de gynécol.*, 1889-90.

(42) CLIVIO. « Contributo alla diagnosi differenziale fra neoformazioni polipose maligne e benigne del collo dell'utero. » *Rivista di Ostetricia e Ginecologia*, Torino, 1891.

(43) WINTER. « Ueber die recidive des Uterus Krebses insbesondere über Impfrecidive. » *Zeit. f. Gyn. u. Geb.*, XXVII Bd., 1 H., 1893.

(44) KRUKENBERG. *Zeitschr. f. Geburtsh n. Gynaek.*, XXIII Bd., 1 H.

(45) « Contributo all'isterectomia vaginale. » Torino, 1894.

(46) VITANZA. « Sul carcinoma dell'utero gravido e sua cura chirurgica. Nota clinica. » Estratto dalla *Riforma Medica*, Ottobre 1890.

68.ª Riunione dei Medici e Naturalisti tedeschi in Frankfurt a:M

(21-26 Settembre 1896).

15.ª Sessione — OSTETRICIA e GINECOLOGIA

Relazione delle Sedute fatta dal Dott. S. PATELLANI
Aiuto della Clinica Ostetrico-Ginecol. di Parma

(*Continuazione, vedi pag. 192*).

2.ª Seduta — 22 Settembre, ore 9 antimeridiane

in unione colla 21.ª Sessione (dermatologia e sifilide).

Presidenti: Slawjanski e Kaspari — *Segretarî:* Kallmorgen e Kohn.

Prof. NEISSER (Breslau). — Sull'importanza dei gonococchi nella diagnosi e nella terapia della gonorrea della donna.

La ricerca dei gonococchi si fa allo scopo di stabilire, in modo sicuro, l'infezione gonorroica come causa di manifestazioni cliniche ed anatomo-patologiche e per accertare la possibilità o meno, in una persona sospetta, di diffondere l'infezione.

Il primo scopo è scientifico. Mano mano che la ginecologia scientifica dimostrava veramente in relazione colla gonorrea quel complesso di sintomi ammessi prima solo in base a dati incerti anamnestici (specie in rapporto ai processi ascendenti e residuali, accertando fin dove i soli gonococchi o questi, insieme ad altri microorganismi, potessero determinare le singole forme morbose), le ricerche cliniche e diagnostiche nelle malattie degli annessi venivano illuminate senza il bisogno, in ogni caso, della prova eziologica, della dimostrazione cioè dei gonococchi.

Certamente (specie per il complesso di sintomi della gonorrea ascendente e residuale) è la dimostrazione dei gonococchi sempre un desiderato appoggio per le diagnosi. Questa prova però non è necessaria, specie quando il trattamento curativo (molto di frequente operativo) sia richiesto dalle gravi manifestazioni in atto della malattia, non dalla causa della stessa. Vi sono per altro operatori, e tra questi Schauta, per i quali non vale perfettamente lo stesso, l'essere il focolaio suppurato da togliere di origine gonococcica o d'altra natura.

Ben diversamente stanno le cose nella gonorrea delle mucose visibili e nel giudizio che si può fare dei secreti che si fanno strada all'esterno. Qui, dall'esperienza clinica, è dimostrato che la ricerca macroscopica sia delle modificazioni

delle mucose sia del secreto, per nulla basta nella diagnosi della gonorrea, di una malattia cioè prodotta dai gonococchi ed ancora con la presenza di essi trasmissibile.

Le manifestazioni cliniche possono persistere nel modo il più tipico, sia prodotte da altre cause all'infuori dei gonococchi, sia come forme residuali dopo la scomparsa dei gonococchi da lungo tempo.

Oppure le manifestazioni cliniche possono completamente mancare ad onta della presenza dei gonococchi. In altre parole solo la ricerca dei gonococchi, può accertare la diagnosi e contemporaneamente stabilire la importanza di un caso come capace di diffondere la malattia.

Le manifestazioni cliniche, specie se sono corrispondenti al complesso di sintomi di Sänger, dovranno naturalmente aumentare il dubbio di una gonorrea esistente e stabilire quindi la necessità di uno speciale ed accurato esame microscopico. La mancanza di forme cliniche non ci autorizza affatto ad escludere la diagnosi di gonorrea.

È perciò bene esaminare in ogni persona sospetta: 1.° l'uretra; 2.° le introflessioni e le pieghe esistenti in vicinanza al meato urinario; 3.° il canale cervicale, i dotti escretori o il secreto delle ghiandole di Bartolini. Oggidì si attribuisce sempre maggiore importanza anche all'esame rettale.

La vulva e la vagina non sono mai sede della gonorrea in donne avanzate negli anni e che hanno coabitazioni frequenti. Invece la vulvo-vaginite di tal natura è assai frequente nelle bambine.

Noi non abbiamo modificazioni della mucosa vulvare e vaginale caratteristiche e prodotte dai gonococchi. I papillomi, le caruncole, le erosioni, ecc. servono solo a indicarci la necessità di un più accurato esame allo scopo di fare una diagnosi.

Ad onta del grande vantaggio che i mezzi di coltura dei gonococchi ci possono dare a scopo diagnostico, quasi in tutti i casi solo si può fare l'esame microscopico il quale con un po' di esercizio ci permette, se non sempre, la differenzazione dei gonococchi da diplococchi di altra natura.

La idea che la così detta gonorrea serpiginosa sia dovuta a gonococchi con virulenza attenuata non è punto dimostrata. Anche i gonococchi che si hanno nei casi cronici sono perfettamente virulenti. Non si può avere un'immunità acquisita per i gonococchi. Si può però stabilire una certa tolleranza per quelli già sviluppatisi sulla mucosa.

Il reperto positivo dei gonococchi ha senza dubbio valore assoluto. Il negativo invece non permette senz'altro di escludere che esistano, sapendo noi che possono trovarsi in parte negli strati profondi dell'epitelio, in parte nelle introflessioni e nelle pieghe della mucosa. Devesi perciò in questi casi sempre ricorrere alle ricerche ripetute e alla artificiale provocazione chimica o meccanica di un'irritazione.

La ricerca dei gonococchi dovrà essere tanto più accurata quanto più spiccate

saranno le manifestazioni cliniche e quando si avrà secreto purulento o una facile riacutizzazione del processo infiammatorio.

L'esame microscopico non è però assolutamente necessario in tutti i casi per una prima diagnosi, ma rappresenta invece l'unico mezzo di controllo sicuro del risultato della cura. Anche il fatto che ad onta della completa scomparsa di tutti i disturbi subbiettivi e di tutte le alterazioni macroscopiche i gonococchi possono persistere, dimostra che senza la ricerca microscopica verrebbero dichiarati erroneamente guariti molti casi. E questi casi non guariti rappresentano il maggior numero delle cause d'infezione cronica e il punto di partenza delle forme ascendenti e metastatiche della gonorrea nella donna.

Il principio terapeutico non deve essere diretto a togliere i disturbi subbiettivi e le manifestazioni cliniche, ma i gonococchi. E tale scopo si raggiunge con sostanze che, usate anche in debole concentrazione per non ledere ed irritare la mucosa, spengano la vitalità dei gonococchi senza perdere contemporaneamente, combinandosi chimicamente colla mucina e coll'albume, le loro proprietà bactericide. In prima linea tali sostanze sono i sali d'argento (argentamina, argonina, nitrato di argento, actolo, itrolo), l'ossicianato di Hg. e l'ictiolo.

I medicamenti con opportuni metodi devono essere messi in contatto con tutte le parti infette della mucosa. Il trattamento dovrà essere iniziato il più presto possibile. Solo l'uso di questi mezzi permette la cura anche ad infezione recente essendo escluso con essi la propagazione dell'infezione.

Il principio fondamentale, nel trattamento, deve essere diretto a spegnere l'attività dei gonococchi prima che siansi portati più in alto nelle vie genitali.

La profilassi della gonorrea si basa sull'accurata ricerca, coi detti metodi, dei gonococchi nell'uomo prima del matrimonio; su un accurato controllo in tale senso delle prostitute; sull'istruzione migliorata di tutti i medici per quanto si riferisce alle malattie veneree e quindi anche gonococciche, coll'istituzione di Cliniche in tutte le Università e coll'obbligo che questa specialità venga compresa negli esami di stato.

M. SÄNGER (Lipsia). — Sulla gonorrea residuale.

A) Generalità. In molti casi di gonorrea la malattia, pur dopo la scomparsa dei gonococci dalle secrezioni, non guarisce.

I processi infiammatorî gonococcici possono, dopo la scomparsa dei gonococci, continuare: *a)* come *forme croniche* dando luogo a processi infiammatorî cicatriziali; *b)* come *forme apparentemente recidive* per una riacutizzazione dei processi cronici preesistenti; *c)* come *forme persistenti* di malattie riconoscibili come continuazione delle stabilitesi alterazioni nei tessuti, momentaneamente di forma specifica.

Per coordinare queste condizioni patologiche che possono aversi in seguito all'infezione, non si aveva finora alcun dato. Io le considero come *residuale gonorrea.* Oggidì si distinguono tre stadî o forme dell'infezione gonorroica: 1.° l'acuta; 2.° la cronica; 3.° la latente.

La differenza tra la gonorrea acuta e cronica nella donna ha per base il tempo in cui l'infezione ha avuto luogo.

Si possono, certamente solo in modo clinico, distinguere, per la gonorrea acuta, forme con decorso tipico da altre con decorso atipico. La forma tipica, che nel modo il più caratteristico e d'ordinario si osserva nelle prostitute, decorre, per l'intensità de' suoi sintomi subbiettivi ed obbiettivi, come la gonorrea acuta nell'uomo.

L'atipica, che più di frequente viene osservata dal ginecologo, si manifesta meglio col quadro delle infiammazioni croniche e viene chiamata anche subdola (*schleichende*) per l'assenza di sintomi subbiettivi.

Non si hanno limiti precisi di passaggio allo stadio cronico nè per l'una nè per l'altra forma acuta.

Condizione necessaria per ammettere le due forme è, colle manifestazioni cliniche, il reperto microscopico dei gonococchi e la loro coltura. Il concetto della « gonorrea latente, » che corrisponderebbe al concetto della sifilide latente, dovrebbe essere abbandonato. Anche l'espressione « latenza dei gonococci » (Luther) non può essere mantenuta.

La così detta *gonorrea latente* non è altro che: *a)* una riacutizzazione di una gonorrea cronica o — *b)* una nuova infezione ammessa o nò, oppure — *c)* una gonorrea cronica grave o — *d)* ciò che noi defininiamo come *gonorrea residuale.*

La divisione delle singole forme con cui l'infezione gonorroica decorre, dopo la sua insorgenza, viene ad essere difficile anche per ciò che noi non conosciamo distintamente una questione molto importante che riguarda la biologia del gonococco di Neisser e precisamente la vitalità sua in genere e nell'interno degli organi da lui colpiti. Per ciò devesi distinguere la questione della vitalità di un cumulo separato di gonococchi, che da Fabry fu calcolata di 15 anni, da quella relativa al loro modo di eliminazione.

Certamente l'esperienza dei ginecologi che il pus delle pio-salpingi, degli ascessi ovarici, nei casi in cui un'infezione gonorroica non dati da molto tempo, frequentemente non contenga gonococchi non permette almeno altra interpretazione che questa: la loro capacità di vita e di spiluppo fu esaurita in breve tempo.

Allora si è costretti, in base al reperto bacteriologico negativo da un lato e al rilievo clinico dall'altra parte, ad ammettere che molte forme croniche, originariamente dovute ad un'infezione gonococcica, non più siano dovute alla presenza e all'azione dei gonococchi, ma alle alterazioni morbose dei tessuti determinate da essi, alterazioni che non solo persistono ma anche continuano.

Nè nelle secrezioni nè nei tessuti si trovano in tali casi tali microorganismi mentre l'anemnesi e il risultato dell'esame ci assicurano dell'origine gonococcica della malattia.

Queste forme devono essere quindi considerate come gonorroiche residuali e distinte dalle gonorroiche croniche.

L'infezione gonococcica lascia nei tessuti e nelle parti colpite degli organi, dopo che ha cessato di agire e da lungo tempo la sua infettività è scomparsa, una serie di segni caratteristici e specifici che diconsi segni residuali dell'infezione.

Da anni Sänger, come fece Palmer e altri per i segni persistenti della sifilide latente, ha rivolto la sua attenzione a tali segni specie della gonorrea residuale. Egli ha potuto così raggrupparli nel modo seguente:

B) Parte speciale. Forme e segni della gonorrea residuale.

1. Vulva.

a) Vulvite maculosa (persistente) della mucosa del vestibolo in forma di macule, già prima descritte come puntiformi, perifericamente allo sbocco delle ghiandole di Bartolini e di superfici rosso-oscure più piccole, nettamente limitate attorno ai dotti para-uretrali alte quanto le piccole papille e le caruncole vulvari e disseminate sulla restante mucosa (paragonabile press'a poco a quanto si osserva nel leucoderma sifilitico vulvare).

Sänger crede alla loro specificità, contrariamente a Bumm ed a Zweifel. (Presentazione del disegno di un preparato microscopico di una macula il quale dimostra trattarsi di una infiammazione cronica, che ha tendenza ad estendersi in profondità, del corpo papillare con ectasie vasali e assottigliamento dell'epitelio).

b) Adenite sclerotica delle ghiandole di Bartolini. Le ghiandole di Bartolini sono da un lato, o d'ambo i lati, grosse come un pisello o anche come una noce, dure, indolenti, nodose.

c) Superficie erosa ovale o rotonda appianata a bordi netti all'esterno ed al disotto dello sbocco della ghiandola di Bartolini, dovuta allo svuotamento di un ascesso della ghiandola e alla rottura, per necrosi, della mucosa localmente (forma rara).

d) Il maggior numero delle cisti delle ghiandole bartoliniane.

2. Uretra.

a) Uretrite maculosa esterna (persistente) già descritta, a limiti netti con superficie rosso-oscura attorno all'orificio uretrale.

b) Forme diverse di uretrite cronica analoghe a quelle descritte da Oberländer per l'uretra maschile.

c) Stenosi. Causa più frequente e più frequente reperto nei casi di tenesmo

vescicale, di tenesmo uretrale con urina normale. Di sovente combinato coll'uretrite cronica.

d) *Periuretrite cronica* in forme di resistente ingrossamento di tutta l'uretra fino alla grossezza di un dito.

3. Vagina.

a) Colpite maculosa (persistente). La mucosa della vagina e della portio-vaginale dell'utero, specie nelle sue parti dove poche sono le pieghe e le papille, mostra delle superfici rosso-oscure simili alle macule vulvari in parte nettamente distinte, in parte riunite. Se trovansi anche là dove vi sono le pieghe e le papille, hanno sede sulle parti più sporgenti.

b) Colpite granulare (persistente) già descritta da Neumann come vaginite papulosa e da C. Ruge e già messa in rapporto colla gonorrea.

Si sviluppa e si distribuisce come si sviluppano e si distribuiscono le macule vaginali. I granuli o i piccoli nodi sono più piccoli e più duri di quelli che si hanno nella colpite granulosa acuta delle gravide.

Una diagnosi sicura solo si può fare applicando lo speculum, evitando così di confondere i granuli colle papille. Il loro apice mostra di frequente una colorazione rosso-oscura.

Di sovente si hanno contemporaneamente la colpite maculosa e la granulosa.

Una soluzione al 50 0[0 di cloruro di zinco è molto indicata per la diagnosi differenziale. Un batuffolo di cotone imbibito della soluzione viene introdotto nello speculum di Fergusson e quindi viene parecchie volte riportato all'introito e poi di nuovo nel fondo della vagina fino a tanto che il cloruro di zinco sia arrivato in contatto della mucosa vaginale.

Le macule e i granuli si sollevano biancastri, quest'ultimi nelle diverse loro grossezze, dalla mucosa vaginale inalterata di un color rosso pallido.

La soluzione serve nello stesso tempo per la cura. Dopo una o parecchie applicazioni le macule ed i granuli scompaiono. Vi sono però forme ostinate in cui questo non si osserva.

Alcuni casi di *colpite atrofica (obliterante)*, di *colpite senile emorragica* hanno sicuramente una base gonococcica.

Così pure molti casi di *vulvite pruriginosa*. Al contrario i condilomi acuminati appartengono al quadro della gonorrea acuta o cronica.

4. Utero.

a) Endometrite e metroendometrite cronica post-gonorroica (residuale). — Nei casi in cui è trascorso lungo tempo dall'infezione e in cui ricerche ripetute della secrezione uterina non hanno potuto dimostrare la presenza dei gonococchi, anche

quando la perdita non è fortemente purulenta, si è propensi ad ammettere una *forma residuale di endometrite e di metro-endometrite.* In altre parole continua l'originario processo infiammatorio causato dai gonococchi, pur essendo scomparsi questi microorganismi, determinando emorragie e perdite morbose.

Questa idea, secondo la quale persiste il processo infiammatorio anche senza i gonococchi, spiega lo sviluppo e il modo di comportarsi di molti casi di endometrite, ecc., che finora o erroneamente furono attribuiti a gonorrea cronica oppure non furono creduti in rapporto colla gonorrea. A dimostrare come rapidamente nella gonorrea ascendente i gonococchi possano scomparire dall'utero, cito Wertheim che trovò in una serie di casi di operazioni radicali addominali, i gonococchi nel pus delle tube ma non più nell'utero.

b) *Perimetrite cronica post-gonorroica* come forma pura non come manifestazione di una pelvi-peritonite diffusa. È, all'infuori della sua coesistenza con una infezione gonorroica, molto rara. Quando si riscontra è quasi sempre dovuta ad una uretro-endometrite acuta gonorroica e, negli stadî ulteriori, da considerarsi come residuale.

5. Annessi uterini. Peritoneo pelvico.

Salpingite. Perisalpingite. Ooforite. Perioooforite. Pelviperitonite cronica residuale. — La frequenza e l'importanza delle forme gonococciche degli annessi, ecc., non ha bisogno oggi di una ulteriore dilucidazione.

Quando non trovansi nel pus, dovuto ad un'infezione gonorroica, di una piosalpinge, di un pio-ovario, gonococchi; quando anche questi non trovansi nelle pareti dell'ascesso tubarico o ovarico, si può pensare che il processo sia troppo di recente data.

Non è più il caso di pensare a ciò quando nelle forme originariamente suppurate degli annessi e del peritoneo la raccolta purulenta sia completamente scomparsa.

Noi non conosciamo infatti, in modo preciso, le circostanze per le quali alcune volte le raccolte purulente, quantunque sterili, persistano, altre volte cedano il posto a versamenti sierosi, a inspessimenti connettivali, a lacinie ed a membrane. Questo processo di trasformazione non si può certo oppugnare. Numerose ricerche anatomiche e bacteriologiche, su pezzi esportati con frequenti operazioni sugli annessi, colle quali si dimostra la mancanza assoluta di gonococchi, fanno ammettere che infiammazioni croniche senza microorganismi siano di natura residuale e traggano la loro origine da malattie croniche già passate, non più purulente, degli annessi e del peritoneo.

Le formazioni cistiche e pseudocistiche (cisti follicolari ovariche, cisti del mesosalpinge, linfocele, raccolte idrosalpingee), che nelle forme residuali degli annessi sono tanto frequenti, nella loro genesi sono a considerarsi come cisti da

ritenzione, quindi per nulla conseguenza di una attività persistente dei tessuti. Tuttavia si hanno certamente anche recidive infiammatorie.

Ciò che Noeggerath scriveva ai suoi tempi che una malattia gonorroica degli annessi potesse parecchie volte recidivare (perimetrite recidivante di N.) secondo le odierne vedute deve essere contraddetto. O trattasi di malattie degli annessi che non sono ancora liberi di pus e di gonococchi, di malattie non guarite, quindi di forme residuali degli annessi, oppure di una formazione cistica secondaria che per il volume può far pensare ad una tumefazione infiammatoria o ad una essudazione o ad una forma di infiammazione alla quale non partecipano più i gonococchi.

Infiammazioni recenti per altri nelle forme residuali degli annessi si hanno solo di rado.

6. Connettivo pelvico. Parametrio.

Per quanto riguarda i tanto frequenti *residui* cicatriziali di *pregresse parametriti* puerperali, non essendo stati con sicurezza dimostrati i gonococchi negli essudati acuti, non si può stabilire se siano di origine gonococcica.

7. Retto.

In rapporto alla relativa grande frequenza della gonorrea rettale dimostrata da Baer, le stenosi rettali, di cui l'eziologia sempre rimane tanto oscura, molto probabilmente in gran parte sono a considerarsi come residuali gonorroiche.

Delle forme residuali in altri organi (*cuore, articolazioni*) io non mi occupo. Tutte le forme e tipi ricordati di gonorrea residuale si lasciano facilmente dividere nei già detti tre gruppi.

Alcune delle forme e dei segni accennati per la gonorrea residuale verranno accolti dubbiosamente, ed io a ciò sono già rassegnato, da coloro che fanno consistere ogni diagnosi di gonorrea nella dimostrazione positiva dei gonococchi; dubbiosamente perchè io premetto che debba mancare la presenza dei gonococchi e perchè le distinzioni sono specialmente basate sull'osservazione clinica. A costoro io voglio concedere che certamente alcune delle forme descritte (come la vulvite maculosa, la colpite maculosa e granulosa e, naturalmente, anche l'endometrite) possono ancora appartenere alla gonorrea cronica. Nel maggior numero però dei casi i gonococchi non si possono più dimostrare anche con accurate e ripetute ricerche che io naturalmente ho fatto. La gonorrea è diventata allora residuale.

La *diagnosi clinica* della gonorrea residuale e delle sue forme si basa in parte sul reperto che si può avere anche nella gonorrea cronica con dimostrata presenza dei gonococchi, e in parte su ciò che le manifestazioni costantemente si hanno con persone che ci possono dare dei ragguagli anamnestici di valore.

Se volessimo considerare come gonorroiche solo quelle modificazioni morbose degli organi sessuali in cui sono dimostrabili i gonococchi, potremmo cadere nell'errore e lasciarci portare fuori da un campo il quale non solo ci permette uno sguardo retrospettivo sul quadro morboso, ma anche ci offre i dati per una cura efficace.

Prof. BUMM (Basilea). — Sulla gonorrea.

Fin da trenta anni fa fra i sifilografi e i ginecologi si discusse molto della gonorrea. E la ragione si spiega. Nell'uomo la diagnosi è facile; nella donna invece, specie nei casi cronici è straordinariamente difficile.

Le secrezioni dei genitali dovute a tutte le possibili cause sono qui così frequenti che, mancando altri dati eziologici, dalla semplice esistenza di una perdita era allora impossibile poter dire si trattasse di una perdita benigna o di una perdita maligna, in altre parole, di gonorrea.

E in tal modo, eccettuate le infezioni recenti, si stabiliva la diagnosi di un semplice catarro se la donna che si visitava era di famiglia distinta o di gonorrea se di umile condizione sociale.

Apparve allora la monografia di Noeggerath che, con vivaci colori, descrisse le gravi conseguenze della gonorrea nella donna.

Le sue idee però non vennero subito accettate. Solo quando si scoprì il gonococco e si potè, *de visu*, dimostrare il risalire dell'infezione nei genitali interni, entrò definitivamente la gonorrea come fattore eziologico nel campo della ginecologia. Come succede in ogni cosa si è forse tentati oggidì ad esagerare l'importanza di essa.

Io voglio anzitutto richiamare che, nella donna come nell'uomo, nel maggior numero dei casi la gonorrea è e rimane un'affezione della mucosa.

Furono pubblicate in questi ultimi anni alcune osservazioni colle quali si tenderebbe ad ammettere la penetrazione profonda dei gonococchi nel connettivo. Dinkler dimostrò i gonococchi nei tessuti di un bulbo oculare distrutto dalla suppurazione. Si può per questo forse concludere che i gonococchi hanno senz'altro la proprietà di penetrare al di là della mucosa nei tessuti per dar luogo qui alla suppurazione? Ogni congiuntivite blenorragica dei neonati ci dimostra invece che il processo infettivo non passa al di là della congiuntiva e non si estende alla cornea. Se questa, per il ristagno del secreto dovuto al trattamento inadatto, si corrode e necrotizza per disturbi di nutrizione, certamente che allora i gonococchi possono farsi strada nell'interno dei tessuti. La causa prima della suppurazione non devesi però ai gonococchi ma alle cure mancate e alle successive alterazioni nei tessuti. Wertheim ha in un caso, nel focolaio suppurativo il quale attraversava le pareti della tuba e il connettivo parametrale, dimostrato numerosi gonococchi. Devesi da questo forse concludere che essi hanno la capacità senz'altro di attra-

versare le pareti tubariche e di produrre una parametrite suppurata? Io non ho mai, in una dozzina di casi di suppurazione tubarica, potuto dimostrare un'ulteriore diffusione dei gonococchi. Altri invece riuscirono ad ottenere questo.

Perciò credo che anche nel caso di Wertheim una circostanza speciale possa spiegare il reperto. Questa circostanza potrebbe essere data da un grave traumatismo sulla tuba, da una rottura della stessa, oppure da una diastasi delle fibre muscolari e passaggio del pus nel connettivo del parametrio.

Nello stesso modo si comportano gli ascessi ovarici i quali contengono gonococchi.

In due osservazioni di questo genere che io stesso potei fare trattavasi indubbiamente di corpi lutei. L'apertura, attraverso alla quale i microorganismi erano penetrati nell'interno, si era chiusa di nuovo. Il pus accumulato aveva disteso le pareti del corpo luteo e i gonococchi così avevano trovata la strada per passare nel connettivo dello stroma.

Così pure era avvenuto in un caso studiato da Jadassohn. Wertheim ha manifestata l'idea che i gonococchi anche nella gonorrea uterina possano farsi strada nella muscolatura. Quest'idea fu già da altri ammessa come un fatto acquisito. Madlener ha pubblicato un caso consimile. Nel preparato che mi fu mandato io non ho potuto vedere gonococchi. Pure in sei uteri affetti da gonorrea, da me estirpati, e nelle particelle di mucosa che provenivano da casi di infezione gonorroica in puerperio, non potei rilevare la penetrazione più profonda dei gonococchi nella decidua.

Io ho già dimostrato da anni che i gonococchi possono venire iniettati nel connettivo sottocutaneo senza dare luogo a reazione. Wertheim per parte sua invece ha parlato di forte arrossamento e di reazione. Schäffer e Steinschneider hanno ripetuto l'esperimento con dosi più grandi e pure non hanno rilevata reazione di sorta.

Dopo tutto io credo ancora oggi che il gonococco sia un puro parassita della mucosa e — fatta astrazione di condizioni speciali che sono del resto assai rare — che non si porti al di là di essa; che nei casi cronici trovisi affatto superficialmente sull'epitelio. È evidente che per il valore che noi diamo alla gonorrea come fattore eziologico di gravi malattie nelle donne, sia essenziale conoscere dove i gonococchi si localizzino e quanto frequentemente si facciano strada nelle parti più profonde.

Quanto frequente è l'infezione della cavità uterina, quanto frequente è quella della tube? Se l'infezione si limitasse all'uretra, alle ghiandole di Bartolini, alla cervice, sarebbe certo la malattia non grave. Quanto più frequente è la diffusione del processo all'utero ed alle tube tanto più grave ne è la prognosi.

Dalle statistiche oggidì non si può dedurre alcuna conclusione. Quelle dei sifilografi che per lo più comprendono casi recenti (donne celibi e nullipare) danno

cifre piccole, mentre quelle dei ginecologi danno cifre più elevate. Per venire ad una conclusione attendibile io ho messo insieme tutte le infezioni che colpirono donne al di là della pubertà a partire dall'inizio o dopo poco l'inizio della malattia fino alla guarigione (in genere 5 mesi). Nel maggior numero dei casi le osservazioni furono continuate per un anno e più.

Di 74 casi in 69 (93 0[0) si ebbe l'uretrite gonococcica; in 53 (70 0[0) la cervicite gonococcica; in 16 (23 0[0) la gonorrea del corpo dell'utero e in 7 (10 0[0) quella tubarica.

Io non credo del resto che queste cifre proprie rispondano al vero. Vi è un gran numero di casi dove la guarigione non si è avuta. Inoltre la mancanza della gonorrea del corpo è diagnosticata in base all'assenza di sintomi che a tale organo si riferiscono. Possono esservi in altre parole nella statistica mia non comprese delle donne le quali, senza disturbi e manifestazioni locali, pur sono ammalate di gonorrea del corpo dell'utero.

La prognosi, quando la cura sia bene diretta, non è per nulla grave. Solo nei casi trascurati e di ripetute coabitazioni, con persone ammalate, parti e puerperî, la prognosi si aggrava.

Specie nell'opportuno trattamento dietetico io vedo un mezzo per limitare il cammino ascendente del male.

La ginecologia operativa odierna ha portato con sè nelle infezioni tubariche l'abuso del bistori. E anch'io ho operato, in grande numero, casi relativamente recenti.

Nelle mie vedute, a tale riguardo, io mi sono ora modificato. Ora molto più di rado io opero in tali casi. Dal tempo in cui seguo un trattamento conservativo io mi sono potuto sempre più persuadere che con pazienza, col riposo prolungato e con adatta cura nel maggior numero dei casi le infezioni tubariche guariscono. Le donne se rimangono sterili godono però di un benessere generale.

E i risultati sono tanto più favorevoli quanto più presto, dopo l'infezione tubarica, si cura la paziente. Al primo iniziarsi della infiammazione si producono solo in piccola parte aderenze peritoneali. Non si ha il riempimento della tuba con pus e la parete di essa è ancora resistente ed atta a contrarsi. Se la pelviperitonite si ripete, nuove zone vengono a partecipare al processo e la tuba sempre più riempita di pus si assottiglia nelle sue pareti.

In tali casi in cui la tuba a volte è ridotta come una grossa salsiccia ripiena di pus con pareti molto sottili, la prognosi è grave e bisogna intervenire chirurgicamente. L'operazione d'elezione per ciò non è la salpingotomia che se dà un buon risultato *quo ad vitam,* non offre benificio duraturo per il male. L'utero ingrossato ed infetto rimane ancora. Ne viene infezione del peduncolo ed i disturbi dopo l'operazione sono soventi gravi quanto prima.

Migliori assai sono i risultati, esportando contemporaneamente l'utero dalla

vagina. Appunto nei casi di gonorrea, quando si debba operare, è preferibile l'estirpazione vaginale dell'utero (che, esportate le tube, non ha ragione di essere lasciato) e dei sacchi purulenti tubarici; operazione questa molto migliore della salpingotomia.

Dott. KIEFER (Berlino). — Deduzioni da ricerche bacteriologiche sugli annessi.

Un gran numero di casi della Clinica di Martin furono esaminati allo scopo di stabilire: 1) se dal punto di vista pratico valga meglio l'esame microscopico o quello fatto colle colture; 2) la partecipazione, nel processo, delle singole forme di microrganismi; 3) quale è la virulenza del pus nei casi ginecologici. Specie servirono come materiale 40 casi di pio-salpingi e di ascessi ovarici nei quali anche si era infettato il peritoneo col pus. I risultati degli esami furono i seguenti:

Microscopio,			*Culture,*		
62 ½ 0[0	microrganismi e precisamente:		40 0[0	microrganismi e precisamente:	
32 ½ 0[0	*gonococchi*		22 ½ 0[0	gonococchi	
22 ½	»	bact. coli	10	»	bact. coli
7 ½	»	streptococchi	2 ½	»	streptococchi
4	»	stafilococchi	5	»	stafilococchi.

Tra questi 20 nessun caso di tubercolosi. Risulta dall'esame fatto: che dal punto di vista pratico la ricerca colle colture è superiore alla microscopica. Se infatti il microscopio più facilmente ci dimostra la presenza dei microorganismi non ci può indicare la loro vitalità e corrispondentemente la loro virulenza.

I gonococchi sono certamente in prevalenza. Merita riguardo il *bacterium coli* che trovasi specie negli ascessi ovarici.

Gli strepto ed i stafilococchi sono proporzionalmente rari ed esercitano la loro virulenza come gli altri bacteri. Nessuna delle 40 donne morì d'infezione purulenta. Forse questo fatto è dovuto al rapido spegnersi della virulenza di tutte le forme bacteriche in un campo suppurativo incapsulato. Muoiono probabilmente per l'azione della esagerata produzione delle loro stesse tossine.

Dall'inizio dell'affezione peritoneale fino all'insorgenza della sterilità si calcolano 9 mesi. Nei casi invece in cui avevasi comunicazione coll'intestino o colla vagina la virulenza si mantenne più a lungo.

Dott. T. BAER (Frankfurt a : M). — Sulla gonorrea rettale.

Egli raccolse una statistica delle forme gonococciche osservate l'anno scorso nella sezione delle malattie veneree e cutanee della città.

Di 301 donne ammesse come gonorroiche 201 erano realmente, dal punto di

vista clinico, ammalate, mentre 100 sicuramente non erano affette da gonorrea. Tra le prime, in 166 casi si riscontrarono i gonococchi nell'uretra, in 35 no. Di 190 donne, nelle quali si fece tale ricerca per riguardo alla cervice, 140 volte il reperto fu positivo, 50 volte negativo.

Delle altre pazienti del comparto *100* avevano la gonorrea. In *63* casi si trovarono i gonocchi nell'uretra; in *60* nel secreto cervicale.

Su *203* donne esaminate dal punto di vista della gonorrea rettale, in *117* il reperto microscopico fu positivo.

Dott. TOUTON (Wiesbaden). — Sulla provocazione dei gonococchi latenti.

Neisser già fin dal 1885 alla riunione dei naturalisti tedeschi a Strasburgo, disse che nei casi in cui con esami ripetuti non è possibile rilevare la presenza dei gonococchi, bisogna ricorrere alle artificiali irritazioni che possono aumentare la secrezione.

Solo dopo dimostrata ancora sterile la secrezione aumentata, si può parlare di inocuità dell'ammalato. Che tale idea non sia stata convenientemente apprezzata lo dimostrino le pubblicazioni successive nelle quali si tentò di togliere valore alla ricerca microscopica dei gonococchi almeno nei casi in cui il reperto era negativo. Dei mariti il cui secreto uretrale prima del matrimonio era senza gonococchi, di soventi infettarono le loro mogli. Io, nella mia rivista del Congresso internazionale di Roma, ho già oppugnato Bröse, il principale sostenitore di tale idea, ricordandogli che, forse in questi casi, non sufficentemente si era seguito il precetto stabilito dal Neisser.

Noi abbiamo cercato di completare il metodo di ricerca per rendere meno facili tali errori. Io ricordo qui solo la doppia colorazione consigliata da Schäffer, che impedisce possano passare inosservati i gonococchi anche quando sono in piccolo numero. Alcune volte i gonococchi non si possono trovare perchè annidati in parte meno accessibili. Crippa li trovò nelle ghiandole di Littré; Neisser e Finger nel dotto prostatico: Petersen nelle vescicole seminali; Sehlen nel liquido di quest'ultime. Touton non dubita che i dotti escretori delle ghiandole di Cowper partecipino, indipendentemente dalle ghiandole, al processo come avviene anche per le ghiandole del Bartolini.

Comunemente si ammette che possano provocare uno sviluppo maggiore dei gonococchi la birra, le eccitazioni sessuali, il coito, le lunghe passeggiate, ecc. A scopo diagnostico meglio vale ottenere questo risultato con iniezioni leggermente irritanti di nitrato d'argento, di argentamina; coll'introduzione nell'uretra di un catetere molle, di una sonda; colla dilatazione alla Oberländer o alla Kollmann; col massaggio dell'uretra al disopra della sonda introdotta e col massaggio della prostata o delle vescicole seminali. Se il risultato voluto si ottiene, entra in scena

12, 24 ore dopo un'aumentata secrezione purulenta coi gonococchi. Molte volte queste artificiali recidive con opportuna cura cedono presto. Vi sono però dei casi in cui manifestansi delle complicazioni inaspettate. I gonococchi possono penetrare nel dotto esaculatorio ad esempio e dar luogo ad una epididimite. In un caso che l'O. descrive nei suoi particolari fu osservata tale complicazione.

Come mezzo migliore di provocazione dei gonococchi consiglia un'irrigazione di tutta l'uretra con una soluzione di nitrato di argento e di argentamina al 0,05 0,1:200. Se dopo 10 irrigazioni, nel corso di 20 giorni non si riscontrano più gonococchi e la secrezione uretrale è diminuita l'O. considera l'uretra senza gonococchi. (Il lavoro fu pubblicato nella *Zeitschrift für praktische Aerzte,* 1896, Heft. 19).

Discussione.

Bumm. Lamenta l'assenza del dott. Wertheim e si felicita con Neisser e condivide perfettamente le sue idee sulla diagnosi della malattia. Certamente che è possibile, quando ancor si abbiano manifestazioni acute specie uretrali, quando sia evidente l'origine dell'infezione, quando il marito abbia ad es. anche la gonorrea, solo coi sintomi clinici, diagnosticare una pio-salpinge di natura gonococcica. Nei casi però di gonorrea cronica cervicale e del corpo uterino, che frequentemente vengono studiati dai ginecologi, l'esame microscopico del secreto è assolutamente necessario. Se nella gonorrea cronica della donna solo ci basassimo sull'anamnesi e sui sintomi clinici, noi potremmo, a seconda dei casi, o molto frequentemente oppure assai di rado fare una diagnosi e di frequente, in senso positivo o negativo, cadere nell'errore. Un solo mezzo si ha per la diagnosi, la dimostrazione del gonococco. Egli non può comprendere come si riesca a controllare la terapia ad es. nelle infiammazioni croniche dell'uretra o della mucosa uterina della cervice e del corpo senza l'esame microscopico.

A proposito del lavoro del prof. Sänger si oppone all'idea che siavi uno sviluppo non bene definito della gonorrea nella donna. Per tutto il tempo in cui il gonococco vegeta sulla mucosa o in essa, mantiene la sua perfetta virulenza per una mucosa sana, determinando su questa sempre infiammazioni acute. Le gonorree di data antica, che quasi non disturbano più le persone colpite, producono infiammazioni acute quando il loro secreto venga in contatto con una mucosa sana. E l'oftalmo-blenorrea acuta dei neonati, che molto di frequente trae origine da una gonorrea cronica della madre, e le acute gonorree uretrali maschili prodotte molte volte da forme croniche senza sintomi dell'uretra o della cervice, ne sono la prova. Non altro avviene per l'infezione delle donne. Solo che i ginecologi vedono queste molto tempo dopo la scomparsa delle forme acute.

Il tempo in cui il gonococco nella gonorrea cronica può rimanere virulento non si può stabilire. Vi sono delle forme virulenti che possono continuare 5-10 e più anni.

Per ciò che si riferisce al valore dato da Sänger ai segni della gonorrea residuale, dice che noi non possiamo dal colore, dalla sede, dalla forma di una macula diagnosticare la presenza o meno di una gonorrea. Delle superfici arrossate o no nulla dimostrano. Solo è persuasiva la possibilità di spremere dalle ghiandole del Bartolini e dall'uretra, ecc. una goccia di pus.

Sänger ammette il papilloma e la vaginite papillare come specifici, egli invece con Neisser crede che i condilomi acuminati e la vaginite granulosa non siano di natura gonococcica avendo rilevato le due forme in casi in cui la gonorrea coesisteva o no.

Non comprende pur bene come Sänger possa pensare ad una tendenza ad estendersi della gonorrea residuale dopo spenta la vitalità dei cocchi. Può ammettere ad es. che una piosalpinge senza gonococchi, dopo uno stimolo meccanico determinato dall'uscita del pus, dia luogo a manifestazioni nuove infiammatorie sul peritoneo. Queste sono cose note.

Ma donde possa originarsi un'attiva estensione del processo nella gonorrea residuale e in qual modo possa la malattia completare la sua ascesa non crede bene dimostrato.

Neuberger (Nürnberg). Avendo rilevato, con ricerche microscopiche, nel secreto gonorroico delle forme cave simili ad alveoli ripiene di microorganismi, pensa che anche le ghiandole partecipino al processo il quale quindi non è semplicemente superficiale. Nei casi in cui non si hanno filamenti nelle urine o nei secreti vaginali, si deve provocare l'emissione di questi artificialmente per poter stabilire la diagnosi.

Klein (Monaco). Ammette la esistenza di forme gonococciche senza microorganismi (Sänger) nel senso però che alcune volte l'anamnesi e il reperto clinico depongono per la gonorrea non potendosi per altro fare al microscopio la dimostrazione dei gonococchi. Su 90 casi esaminati solo 22 volte riscontrò i microorganismi.

In un caso ad esempio in cui una ragazza era stata deflorata da un uomo colla gonorrea, e in cui l'esame clinico fece ammettere tale forma, non si poterono bacteriologicamente dimostrare i gonococchi. Sarà un vantaggio quello di poter provvedere con facilità i mezzi per le colture.

Kiefer (Berlino). Crede che i processi infiammatorii, che possono anche aversi dopo distrutti i gonococchi, ad altro non siano dovuti che all'azione delle tossine ed ammette le forme serpiginose di Sänger non altro che rappresentanti quei casi in cui decorre un po' di tempo dalla prima uretrite ai sintomi successivi che inducono le ammalate a ricorrere al medico.

Kaspari (Königsberg). Si domanda, in base al fatto del reperto nello sputo di persone perfettamente sane anche dei pneumococchi e dei bacilli della difterite, se colla dimostrazione microscopica dei gonococchi vada di pari passo la certezza che questi siano ancora infettanti.

Sänger. Era egli preparato alle obbiezioni di coloro che non vogliono riconoscere altro mezzo diagnostico di una forma gonorroica all'infuori della dimostrazione dei gonoccocchi. Un genere però di critica come venne fatta da Neuberger non può egli assolutamente accettare. Questi — delle numerose forme residuali di gonorrea, quindi con negativo reperto dei gonococci, esposte da Sänger — accennò alle sole macule non avendo mai in esse trovato gonococchi. Così venne spostata la questione. La sua opinione è basata su una pratica continua per 15 anni dell'argomento, su un materiale di centinaia di casi di questo genere. E non si ha forse ragione di riconoscere alcune malattie dovute ad un'infezione gonococcica di natura gonorroica anche quando i gonococchi non sono più dimostrabili?

Dice di essere oggi ancora una volta il martire della dottrina della gonorrea clinica. Bumm crede che le macule si possano avere anche in donne da poco ma-

ritate e siano in rapporto a processi di macerazione. Questo può essere. Le macule però allora scompaiono nuovamente mentre nelle vere e persistenti macule trattasi di una grave infiammazione cronica della mucosa. Sänger trova poi una differenza notevole tra il modo di comportarsi dell' infezione gonococcica nelle prostitute e nelle donne della nostra pratica ginecologica.

Nelle prime si possono avere continue nuove infezioni. La gonorrea ascendente serpiginosa venne anche da Sänger classificata tra le forme acute. Per ciò che si riferisce alle infezioni post-gonorroiche degli annessi queste non scompaiono contemporaneamente ai gonococchi ma esigono prima di tale momento un certo periodo di tempo. Una recente recrudescenza infiammatoria, senza una nuova infezione, Sänger crede possibile. Certamente però questo avvenne di rado.

Per quanto riguarda l'importanza della diagnosi dei gonococchi è naturalmente in perfetto accordo con Neisser e Bumm.

La gonorrea residuale invece si ha appunto quando tale reperto è negativo. Se Bumm ad onta del suo desiderio forse di rendere il quadro della gonorrea meno grave nei suoi casi dall'inizio trattati ebbe ancora il 10 0[0 di forme tubariche, depone questo fatto certo non per l'innocuità della malattia. Anche là dove Bumm da un lato parla di una cura aspettante delle malattie suppurate degli annessi e dall'altro lato di operazione vaginale radicale, Sänger trova una contraddizione.

Sänger termina facendo appello ai colleghi ginecologi di riesaminare i fatti da lui esposti nella speranza che i propri risultati vengano avvalorati dalla loro esperienza.

Neisser. Rileva che quantunque oggi sia ammesso il gonococco quale causa della gonorrea, siamo ben lontani d'applicare questo concetto nella pratica e specie a scopo diagnostico.

Sänger ha esposto dettagliatamente tutte le diverse modificazioni della mucosa e dei tessuti prodotte durante o dopo l'infezione gonococcica. Non tocca a Neisser discutere sul valore di questi studi clinici e su i reperti avutisi nei diversi casi. A proposito delle forme residuali degli annessi già da tempo si è pronunciato nel senso che certamente è desiderabile la dimostrazione, per riguardo all'eziologia, dei gonococchi, ma che però non è sempre necessaria in tutti i casi per la diagnosi. Ben diversamente stanno però le cose, ed in questo non condivide l' idea di Sänger, in tutte le manifestazioni ai genitali esterni.

La questione dell'importanza della diagnosi di queste forme esterne va unita in tutti i casi a quella relativa al potere infettante di esse. E se, nel rapporto eziologico, si rinuncia alla dimostrazione dei gonococchi, dai sintomi clinici nulla si può dedurre per riguardo all' infettività. Questi sintomi clinici sono solo a dimostrare l' azione dei gonococchi e non hanno da soli significato. I gonococchi possono essere presenti senza le più piccole manifestazioni cliniche e possono mancare ad onta dell'esistenza di sintomi ben distinti specie di sintomi residuali. A lui pare inutile parlare di due scuole, quella di Sänger, quella di Neisser

I due punti di partenza non si escludono, anzi sono in stretta parentela tra di loro. Egli parte dall' esistenza dei gonococchi in rapporto a tutte le questioni sulla gonorrea, sulla diagnosi, sulla profilassi. Sänger parte invece da un punto di vista clinico, di un grande interesse scientifico. Nessuno però oggi, fortunatamente, ha bisogno di questi sintomi clinici. Basta il microscopico.

Venendo ad un'altra questione si oppone, con Bumm, al concetto di un'atipica, serpiginosa infezione. Queste infezioni sono affatto tipiche e prodotte direttamente

da un'infezione della cervice. Esse provengono frequentemente dalle così dette gonorree croniche maschili, dette croniche non perchè i gonococchi siano meno virulenti, nulla ancora si sa sull'attenuata virulenza dei gonococchi, ma perchè in modo affatto naturale la piccola quantità della secrezione e i pochi gonococchi nella coabitazione non infettano direttamente l'uretra.

Molto di frequente vengono ejaculati insieme allo sperma e possono, in tal modo, solo infettare la cervice.

Anche l'idea che tale stato di cose diversifichi nelle prostitute da ciò che è nelle altre donne è affatto arbitraria. Colla stessa frequenza e nello stesso modo si riscontrano le forme residuali tanto nelle une quanto nelle altre. E per conto suo non esiste alcun dubbio che le forme recenti di gonorrea molto più di frequente si riscontrino dal ginecologo nelle donne di buona condizione sociale quando si basi ben inteso la diagnosi sulla dimostrazione dei gonococchi.

L'esempio citato da Klein è strano. Come giudicherebbe lo stesso Klein il suo caso dal punto di vista medico-legale?

Si parlò anche della durata dei gonococchi. Nella discussione si disse che si hanno prove di una persistente virulenza per anni dei gonococchi. Neisser richiamò solo l'analogia coi cocchi dell'erisipela i quali, non solo nel regno animale ma anche all'infuori di esso, possono conservare la loro vitalità e la loro virulenza. Questo fatto obbliga ancora in ogni caso in cui siano dimostrati i gonococchi a fare un'energica cura antibacterica.

Specialmente è grato a Bumm per l'osservazione che le forme gonococcide essenzialmente siano epiteliali e che la sede dei microorganismi debba realmente cercarsi nell'epitelio.

Così pure hanno valore le ricerche di Wertheim sulla possibilità della penetrazione e della diffusione dei gonococchi nel connettivo. In tal modo si sono riconosciute le forme metastatiche.

Questa possibilità non si deve però estendere a tutti i casi. Meisser ha potuto persuadersi molte volte che lo sviluppo dei gonococchi nei tessuti in precedenza fortemente maltrattati non si può senz'altro invocare a dimostrazione della capacità dei gonococchi di penetrare nel connettivo sano. Esprime poi il suo pensiero contro l'ipotesi, anche nella discussione ricordata, venire uno speciale pericolo per l'aggiungersi di nuovi gonococchi a quelli preesistenti. Si sa infatti che i gonococchi, anche in piccolo numero, possono crescere in condizioni favorevoli indefinitamente e diffondersi in tutti i tessuti ed organi ad essi accessibili. Ciò che viene ordinariamente creduta nuova infezione deve più giustamente considerarsi come un contributo dannoso portato da un inadatto metodo di vita, dagli eccessi sessuali e dietetici.

Dall'unione degli studiosi della gonorrea nella donna e nell'uomo e dai comuni lavori vengono ad estendersi non solo i dati della malattia, ma anche i mezzi per combatterla. In tal modo gli andrologi e i ginecologi studiando la gonorrea diventeranno gonococcologi come già disse il prof. Sänger.

(Continua).

RASSEGNA

E. WITTE (Berlin). — **Die resorptionsfahigkeit des Dickdarms in gynäkologischer Beziehung** *(Il potere di assorbimento del crasso in rapporto alla ginecologia). — Deut. Med. Woch.,* 1896, N. 29.

Approfittando di alcuni casi presentatisi nella pratica privata all'autore, questi illustrò in modo evidente i vantaggi curativi che si possono avere dal potere assorbente dell'intestino.

A questi esperimenti fu portato dall'aver studiato un caso di rapidissimo avvelenamento per acido fenico avvenuto dalla via intestinale per una irrigazione.

Vide in mezz'ora riassorbirsi il liquido di due irrigazioni per la via del retto, ciascuna delle quali era di 500 grammi di acqua e latte caldo. Dopo di quella irrigazione ne fece una ogni ora di 150 gr., e l'ammalata che pericolava per anemia acutissima da emorragia interna per rottura del sacco di una gravidanza tubarica, fu tosto in grado di essere operata e guarì.

Per sistema in tutte le laparotomizzate l'autore fa praticare due o tre volte in una giornata una irrigazione rettale di circa 500 grammi, finchè si sia ristabilito il corso dei gas intestinali. Anche prima delle laparotomie pericolose fa praticare questi clisteri di acqua o acqua e latte per prevenire le perdite di liquido dell'organismo. CIOJA.

Dott. G. SIEFART (Clinica privata del prof. Veit, Berlino). — **Zur Indication und Technik der vaginalen Laparotomien** *(Indicazioni e tecnica delle laparotomie vaginali). — Deut. Med. Woch.,* 16 Luglio 1896.

In questo lavoro l'autore incomincia a premettere i *motivi* accuratamente enumerati da Landau *(Archiv. f. Gyn.,* 1894, B. I) che oggidì fanno preferire così frequentemente la laparotomia vaginale alla celiotomia. *I metodi* enumerati per l'operazione dalla via vaginale sono: la celiotomia vaginale alla Dührssen, l'estirpazione dell'utero e degli annessi (castrazione uterina) e la castrazione utero-ovarica o operazione radicale di Landau nelle malattie degli annessi. Passa in esame uno per uno questi metodi facendone vedere i meriti ed i difetti e dimostrando

le varie relative indicazioni, non approvando il procedere di Jacobs il quale fa l'estirpazione vaginale dell'utero e annessi nei casi di cancro e mioma uterino e in un gran numero di altre malattie compresa la gravidanza extrauterina, perchè in simili malattie ambedue le tube sono ammalate, e quindi necessita l'esportazione dell'utero e dell'ovaio. E così si viene a realizzare il dubbio emesso sin da principio da Landau che si venissero a praticare facilmente dalla via vaginale mutilazioni gravissime senza le volute indicazioni.

Nel fare la laparotomia bisognerebbe tener sempre presente il principio di fare sempre l'operazione più conservatrice possibile compatibilmente colle lesioni in atto. Per non asportare troppo, e per non perdere i vantaggi della laparotomia vaginale, bisogna fare una diagnosi della massima precisione.

In quanto alla tecnica operatoria, Siefart ritiene che si adoperano troppo i klemmer i quali non sono sempre mezzi sicuri di emostasi ed ingombrano troppo il campo operativo; i klemmer devono essere usati come una risorsa di necessità ma non come metodo di regola. Come via di penetrazione preferisce il parametrio; l'incisione viene fatta dal collo uterino sul fornice ma da un solo lato; e separa la vescica dalla cervice uterina solo da quel lato dove si desidera incidere il legamento largo. Dopo di ciò si può prolungare l'incisione anche all'indietro attorno alla cervice uterina fino sulla linea mediana e allora scollando i tessuti senza inciderli si procede all'allacciatura del legamento largo e della arteria contenutavi. Dopo di ciò si procede all'incisione colle forbici del legamento largo. Dopo si penetra col dito nella cavità addominale e si constata quali siano gli organi e le parti di essi da allontanare. Il prof. Küstner viene dall'autore citato come raro esempio di un operatore che abbia previsto il valore prezioso conservativo di questo modo di procedere.

Il Siefart riproduce sette casi svariati (tumori ovarici, miomi, essudati parametritici e peritoneali, lesioni tubariche) in cui potè operare con successo adoperando il metodo citato. Conferma il vantaggio di potere durante l'atto operativo sceverare quanto convenga asportare e quanto si possa lasciare in posto delle parti malate e sane.

CIOJA.

HOHL — **Zur Behandlung von Ovarialtumoren in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett** *(Sulla cura dei tumori ovarici durante la gravidanza, il parto e il puerperio).* — *Archiv für Gynäkol.*, 52 Bd., S. 410, 1896.

Commentando cinque casi di tumori ovarici che richiesero temperamenti curativi diversi durante la gravidanza, il parto e il puerperio, l'A. richiama l'attenzione su fatti importanti riguardanti il trattamento di questi tumori in tali circo-

stanze: ad esempio, sulla puntura della cisti, indicata talora in gravidanza per togliere un' eccessiva distensione del ventre e lo stato di dispnea che ne deriva, e durante il parto allo scopo di togliere eventualmente l' ostacolo che ne deriva all' impegno del feto nelle vie pelviche. Non si deve in tali casi esitare troppo a praticare la puntura, perchè, d'altra parte, non è affatto infrequente che una cisti ovarica, anche se durante il parto non venne punta, in puerperio passi a suppurazione, o si torca sul suo peduncolo (Mangiagalli, *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1884, S. 491).

Da tutte le considerazioni esposte l'A. trae le seguenti conclusioni: Nella gravidanza l'ovariotomia è da eseguire, possibilmente, nei primi mesi. Si può pensare al parto prematuro artificiale nei casi in cui la sede intralegamentaria fa presupporre una difficile operazione e nei tumori fortemente fissati. La puntura non è presa in considerazione come regola terapeutica.

Nel parto è da fare la riduzione del tumore, possibilmente nella narcosi. Se questa non riesce, nei tumori cistici o nei casi dubbii si pratica la puntura, od eventualmente si fa l'incisione della vagina. A tumore fisso e bambino vivente, si fa il taglio cesareo, al quale a seconda del caso, si associa l'ovariotomia, o si attende per essa il puerperio. Non è permesso fare l'ovariotomia e terminare poi il parto per di sotto.

In puerperio si deve, appena è possibile, al più tardi nella seconda settimana, praticare l'ovariotomia.

Tridondani.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIX. Aprile 1897. Num. 4.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-3 MAY 97
LIBRARY

L'isterectomia vaginale nella cura del prolasso genitale

CONSIDERAZIONI SU NOVE CASI

Dottor A. CODIVILLA

Chirurgo primario d'Imola.

La discussione avvenuta nell' ultimo Congresso di chirurgia in Francia, mi ha invogliato a scegliere in un numero abbastanza rilevante di casi di donne affette da prolasso genitale alle quali ho praticato una cura chirurgica, alcuni in cui ho eseguito l' isterectomia dalla vagina per tentarne la cura radicale. La relazione di Bouilly sul tema: « Cura del prolasso genitale » (1), e le comunicazioni che l' hanno seguita, hanno dimostrato come su tal argomento regni ancora molta incertezza e come in mezzo al numero notevolissimo di metodi di cura cruenta proposti, non si riesca a trovarne uno o più, i quali abbiano, nei casi speciali, nettamente la loro indicazione. Siccome questa questione può considerarsi quindi come ancora allo studio ed io in alcuni dei casi ho praticato l' operazione modificando quella comunemente seguita fino ad ora, e ne ho ottenuti buoni risultati, credo giustificato fare conoscere il processo operatorio e pubblicare brevemente i casi stessi, nella maggior parte dei quali lo spazio di tempo trascorso dall' operazione, è sufficiente per poter dare un giudizio abbastanza sicuro sull'esito definitivo di essa.

I casi sono in numero di 9 e sono stati operati dal 1893 al Settembre 1896. L'esportazione dell'utero in tutti non è stato il solo atto compiuto nè il più importante, ma è stato preceduto e seguito da altri allo

(1) Dixième Congrès de Chir., Paris, 1896.

scopo di rinforzare i diversi strati del piano pelvico, e l'isterectomia mi è sembrata indicata semplicemente perchè non ritenevo possibile senza di essa una restaurazione di quello che desse sufficiente garanzia di stabilità. Poichè in tutti i miei casi il prolasso era totale, cioè l'utero sotto lo sforzo addominale usciva dalla vagina, in quasi tutti il suo fondo era uncinabile dal dito introdotto nel retto ed inoltre quest' organo era infetto ed aumentato di volume od atrofico. Le donne poi, meno una dell'età di 35 anni, avevano sorpassata la menopausa.

L'indicazione che più delle altre mi ha condotto a praticare l'operazione, come verrà descritta, si trovava nelle condizioni speciali del piano pelvico. In tutti i miei casi (donne in cattivo stato generale o molto avanzate in età) il pavimento pelvico era sventrato. La lesione infatti era diffusa a tutta la regione e a tutti gli strati di essa; nessuno di questi manteneva la resistenza e l'elasticità normali. Il perineo era ridotto ad un sottile strato di tessuto fibroso largamente disteso; la vulva beante permetteva l' uscita di quasi tutta la vagina molto allargata, di porzione dei visceri ad essa adiacenti e, sotto la spinta addominale, della maggior parte dell' utero ed in alcuni casi dei cul di sacco peritoneali con qualche ansa d'intestino.

In tali lesioni esiste un notevole rilasciamento dei legamenti, delle fascie, dei muscoli, del peritoneo, di tutti i mezzi insomma che in condizioni normali regolano la statica dei visceri contenuti nel bacino ed oppongono resistenza alla pressione dell' addome, uno spostamento in massa del piano pelvico disteso od atrofico insieme agli organi che di questo fanno parte. Il meccanismo col quale queste alterazioni si formano può essere molto diverso nei singoli casi e la deficienza del piano pelvico incominciare dapprima in una parte più che in un'altra od in tutte insieme, ma il risultato, quando la lesione giunge ad un grado molto avanzato, è, con poche differenze, lo stesso. L'utero ha perduto ogni suo mezzo di legame colle pareti del bacino; i legamenti utero-sacrali, i legamenti larghi, la porzione anteriore dell' elevatore dell'ano, che prende parte direttamente alla fissazione dell' utero, hanno ceduto del tutto sotto la pressione addominale, e, distesi o rotti, non hanno più alcuna azione nel fissare l'organo. Senza alcuna azione sono pure i legamenti rotondi i quali non hanno potuto reggere al soverchio lavoro che ad essi veniva affidato. I mezzi di sostegno della vagina, del retto e della vescica, l' elevatore dell'ano

specialmente, la fascia pelvica, il perineo, atrofizzati e distesi non offrono più la resistenza necessaria alla contenzione dei visceri addominali. La vagina alla quale l'alterazione dei suoi mezzi di sostegno e dei suoi sfinteri ha fatto perdere la direzione obliqua e prenderne una verticale, ha dovuto allargarsi ed attraverso della vulva e coi visceri addominali è discesa ed uscita all'esterno. Il peritoneo naturalmente ha seguito il pavimento del bacino ed ha formato un sacco largo e profondo, specialmente in corrispondenza dei punti più deboli (escavazione utero-rettale, piega utero-vescicale).

Le cause di lesioni così profonde sono senza dubbio molto svariate; il più delle volte tuttavia sono da incolparsi le alterazioni che avvengono nei tessuti pelvici durante la gravidanza o le alterazioni nel parto, le infezioni e la cattiva involuzione degli organi genitali che seguono molte volte questo, ma più che tutto una disposizione speciale degl'individui ad una distrofia dei tessuti che toglie a questi la resistenza e l'elasticità normale. Spesso questo stato è generale, ed è alla senilità, a suo tempo o precoce, che è dovuto; altre volte è localizzato ai muscoli od ai tessuti fibrosi del pavimento pelvico ed in tali casi io credo si possa dare molta importanza ad alterazioni del sistema nervoso e specialmente del simpatico, la cui lesione deve essere possibile durante la gravidanza od il parto ed in seguito alle infezioni così frequenti negli organi genitali della donna.

Da tutto ciò si può dedurre che le alterazioni nei casi di sventramento pelvico sono diffuse e profonde e che il provvedere alla loro riparazione non è facile. E nei miei casi, nei quali esse riscontravansi ad un grado accentuato, sembrandomi per ottenere ciò che fosse necessario compiere un atto operatorio, che tentasse di riprodurre, per quanto era possibile, lo stato normale del pavimento pelvico, mi parve di dover escludere, come insufficienti, una gran parte delle operazioni indicate nella cura dei prolassi genitali.

Non è facile certo farsi un concetto esatto sul valore e sulle indicazioni dei processi operativi consigliati nella cura del prolasso. Il numero di questi è estremamente grande e la maggior parte non sono stati messi alla prova che poche volte. Naturalmente non è qui il caso di accennare a quelli che provvedono ai prolassi di lieve grado o parziali: essi che rispondono allo scopo quando trovano la loro indicazione, non avrebbero servito nei miei casi. Va da sè che

se l'alterazione di resistenza non ha preso che il perineo ed i mezzi di sostegno della vagina, lasciando in buone condizioni quelli di fissazione dell'utero, ed ha dato luogo ad es. alla nota forma di ipertrofia del collo con cistocele o con cistocele e rettocele, l'amputazione del collo, insieme alla resezione delle pareti della vagina ed alla perineorrafia diano un eccellente risultato, come lo danno questi due ultimi tempi dell'atto operatorio soltanto in casi di cistocele o di cistocele e rettocele non complicati ad ipertrofia del collo dell'utero. Si comprende pure come in casi speciali possano forse trovare le loro indicazioni il tentativo di ricostituzione dei legamenti utero-sacrali, consigliato dall'Herrick (1) e dal Frommel (2), la retrofissazione del collo alla Sänger (3) ed il metodo del Fabbri, che a questi si avvicina (riposizione del cul di sacco di Douglas e fissazione della vagina al retto) (4) o la vagino e la vescico-fissazione alla Mackendrot (5) e l'accorciamento dei ligamenti larghi alla Kochs (6), ma tali processi non possono erigersi a metodi generali di cura, come i loro autori pretenderebbero.

Come solo in casi speciali di non grave discesa del piano pelvico, in soggetti giovani od in buone condizioni generali, sembrano indicati i processi che procurano un sostegno all'utero dall'alto, affidando il suo peso alla parete addominale. Qualunque sia la modalità del metodo ispirato a questo concetto che si segua, o la fissazione semplice dell'utero alla parete, o l'accorciamento dei ligamenti rotondi alle regioni inguinali [Polk (7) e Kocher (8)] o per la via vaginale [Wertheim, Bode, Maud (9)], o tentando riunioni più estese in superficie e più profonde mediante processi più complessi, ad es., la colpopessia indiretta di Picqué (10) (fissazione delle corna uterine ai pilastri del canale inguinale),

---

(1) *Americ. Journal of Obst.*, Marzo 1891.
(2) *Zeitsch. f. Geb.*, XXVII, pag. 291.
(3) *Centr. f. Gyn.*, 1896, n. 9.
(4) Comun. Società Med. Chir. di Bologna, 25 Giugno 1892.
(5) *Berl. Klin. Wochen.*, 23, XII, 1895, pag. 1125.
(6) *Centr. f. Gyn.* 1896, n. 32.
(7) *Americ. Journ. of Obst.*, 1886, pag. 606.
(8) O. Lang. *Arch. f. Gyn.*, XLIV, 2.
(9) Citati in Kochs, *Centr. f. Gyn.*, 1896, n. 32.
(10) Lacaze. Thèse de Paris. 1880-91.

la colpocistorrafia di Byford (1) (fissazione della tunica fibrosa della vagina alla parete posteriore del canale inguinale ed accorciamento dei legamenti rotondi) o l'isterocistoventropessia di Kiriac (2) (fissazione della faccia anteriore della vescica alla parete addominale, riunione delle sierose della faccia posteriore della vescica all'anteriore dell'utero e di questo alla parete addominale), in donne vecchie ed in cattive condizioni generali e col piano pelvico sventrato, sarebbe pretendere troppo se si volesse che aderenze dell'utero od anche della vescica e della vagina colla parete addominale od i ligamenti rotondi, bastassero a reggere il peso del pavimento pelvico, ed offrissero sufficiente resistenza all'azione della pressione addominale sul piano stesso, resa tanto più forte quanto maggiore è diventata la superficie del piano sventrato. E che questi metodi siano deficienti, lo prova il fatto che anche nei casi di prolasso non grave, per solito si combinano questi a quelli di amputazione del collo dell'utero, se è ipertrofico, ed a plastiche vaginali ed alla perineorrafia. Ultimamente poi si è tentato di rendere anche più radicale la cura chirurgica del prolasso, sempre agendo dalla via addominale, col fare un' amputazione sopra-vaginale dell'utero od un'isterectomia totale e col fissare al moncone del collo od alla vagina i ligamenti larghi e rotondi [Jacobs (3) e Baldy (4)].

Jacobs chiama quest'atto operatorio, che egli ha immaginato, *trachelopexie* o *colpopexie ligamentaire* e dà ad esso molta importanza. Infatti la fissazione dei legamenti larghi e rotondi ad un punto molto basso dell'utero od alla vagina innalza di buon tratto il piano pelvico e gli dà un forte sostegno; ma non parmi difficile dovendo estirpare l'utero, eseguire qualche cosa di simile e forse di meglio compiendo l'atto operatorio dalla vagina, senza renderlo più grave colla laparotomia e col dividerlo in due tempi, poichè Jacobs, dopo guarita la laparotomia, suole completare l'operazione resecando parte della vagina e facendo la perineorrafia (5). In che modo io ritenga che si possa rie-

---

(1) *Amer. Journ. of Obst.*, Febbraio 1890.

(2) *Roumaine Médicale*, Agosto 1893.

(3) *Journal de la Soc. belge de Gyn. et de Obst.*, 1896, n. 2 e *La Policlinique*, Bruxelles, 15 Febbraio 1896.

(4) *Amer. Journ. of Obst.*, Aprile 1896.

(5) Dixième Congrès de Chir., Paris, 1896, pag. 671.

scire a compiere dalla vagina un atto operatorio che abbia tutti i vantaggi di quello ideato da Jacobs senza averne gli inconvenienti, dirò più innanzi.

Altri processi operatorii non sono stati messi alla prova che dai loro autori o da pochi altri, e non ispirano molta fiducia. Accennerò solo al metodo di Freund (1) e Jacobs (2) ed a quello di Gubaroff (3), i quali creano un sostegno all'utero ed alla vagina e diminuiscono il lume di questa, facendo passare sotto la parete vaginale e lasciandoveli a permanenza dei fili non assorbibili (crine di Firenze o fili metallici), che stretti avvicinano i tessuti e riuniscono così i punti di impianto delle fibre dell'elevatore dell'ano, restringendo pure il canale vaginale. Freund e Jacobs li dispongono circolarmente in numero di 2 o 3 e Jacobs li chiama pessari multipli. Gubaroff anteriormente e posteriormente per riprodurre le colonne della vagina. La loro azione sarebbe dubbia anche se i tessuti potessero tollerarli permanentemente, ma sembra che ciò non accada perchè dopo un tempo più o meno lungo vengono eliminati: Jacobs ha già abbandonato il suo metodo per ciò (4).

L'isterectomia vaginale che dapprima in casi di prolasso non si praticava che molto raramente, quando l'utero doveva essere esportato per ragioni indipendenti dalla procidenza del piano pelvico, è entrata fra i mezzi di cura del prolasso dopo veduta in certi casi l'insufficienza degli altri, o la necessità di estirpare un organo divenuto inutile e dannoso.

Ma si è compreso subito che l'esportazione dell'utero da solo non bastava a guarire le malate e che questa operazione doveva essere coadiuvata da altre complementari, e solo allora l'isterectomia vaginale ha preso il posto eminente che le spetta fra i processi operatorii in questione. Ciò accadde specialmente per opera di Fritsch (5) e di Martin (6) che riconobbero la necessità di combinare l'isterectomia alle operazioni plastiche sulla vagina ed alla perineorrafia.

---

(1) *Centr. f. Gyn.*, 1893, n. 47.

(2) *La Policlinique*, 1894.

(3) *Ann. di Gyn. ed Obst.*, Maggio 1896.

(4) Dixième Congrès de Chirurgie. Paris, 1896, pag. 669.

(5) R. Asch. *Arch. f. Gyn.*, 1889, XXXV, pag. 191.

(6) *Berl. Klin. Woch.*, 1891, pag. 1087.

La possibilità poi dopo l'estirpazione dell'utero di agire facilmente sopra gli strati superiori del piano pelvico, ha condotto i chirurgi ad operare anche su questi e l'isterectomia nella cura dei prolassi ha preso così un aspetto nuovo. Essa apre una larga breccia che in continuazione della vagina attraversa il pavimento pelvico e permette in diversi modi di rinforzare strato per strato il pavimento stesso. E così Fritsch, Martin, Gempin (1) servendosi di questa via cercano di attirare in alto la vagina suturando i monconi dei ligamenti larghi ed il peritoneo alla mucosa vaginale, Mac Monagle (2) e Quenu (3) riuniscono il peritoneo ai legamenti larghi e questi fra loro e colla vagina, e Delbet isola i legamenti rotondi e li sutura alla vagina. Tali mezzi tuttavia non servono completamente a riprodurre nel piano pelvico condizioni che si avvicinano alle normali. In queste tutti gli strati del pavimento della pelvi, i mezzi di legame degli organi fra loro e colle pareti del bacino concorrono a mantenere la resistenza opposta alla pressione addominale; ora i mezzi proposti, fatta forse eccezione del metodo di B. Mac Monagle e Quenu, non mirano a tentare una riproduzione di questo stato che darebbe la maggior garanzia di un buon risultato, e quasi tutti si riducono a compiere dalla vagina una delle tante fissazioni quasi della stessa importanza di quelle che si possono fare dall'alto senza il sacrificio di alcun organo. La maggior parte degli operatori anzi non fa nemmeno ciò, ed anche non occludendo la breccia peritoneo-vaginale con suture, si ritiene sicura che la cicatrice si farà nello stesso modo spessa e solida e che attorno ad essa i legamenti resteranno fissati fortemente e retraendosi trascineranno la cicatrice e con essa la vagina verso la cavità addominale (4). Disgraziatamente anche se fosse dato sperare che nei tessuti sopravaginali e nella vagina, per speciali disposizioni di essi, una riunione non immediata potesse produrre una forte cicatrice, che avesse sufficiente resistenza ed elasticità da opporsi alla pressione addominale senza estendersi, cosa che non accade per le riunioni di

---

(1) *Centr. f. Gyn.*, 1893, pag. 488.

(2) *Gyn. Trans.*, 1892, XVI, pag. 376.

(3) *Annal. de Gyn. et Obst.*, Gennaio 1894.

(4) Cfr. R. Asch, l. c. — Pozzi. *Ann. de Gyn. et de Obst.*, 1894, T. XLI, pag, 202 e pagina 205. — Richelot. *Ann. de Gyn. et de Obst.*, 1897, T. XLVI, pag. 528.

seconda intenzione nelle altre regioni dell'addome, nei nostri casi tale fatto sarebbe reso anche più difficile dalla deficienza di vitalità dei tessuti, che è una caratteristica delle donne per le quali è indicata l'isterectomia vaginale. Perciò io ritengo che si debba tentare di rendere la più forte e la più resistente possibile la porzione di piano pelvico che direttamente risente la pressione addominale, e con questa vista credo si possa dalla breccia aperta dall'isterectomia vaginale fare dippiù di quello che si è fatto finora.

Con quest'idea io sono andato modificando il processo operatorio che nei primi casi praticavo seguendo all'incirca il metodo di Fritsch fino ad eseguirne uno che si allontana notevolmente da quello da cui sono partito. Nel secondo tempo dell'atto operatorio che riguarda la porzione sopravaginale del piano pelvico, ho avuto di mira queste particolarità dell'alterazione: il peritoneo nei casi di sventramento del pavimento della pelvi forma un sacco largo e profondo. La profondità di queste è massima nei cul di sacco peritoneali e specialmente in quello del Douglas. I visceri (vescica e retto) sono allontanati dall'utero e quindi fra loro ed il loro allontanamento è misurato dalla maggior ampiezza dei cul di sacco peritoneali. I mezzi di fissazione dell'utero sono distesi in proporzione. È quindi necessario prima di tutto togliere il sacco peritoneale, poichè è bene avere in mente che la pressione addominale si fa sentire con tanto maggiore intensità, quanto più estesa è la superficie sulla quale agisce e tanto più presto riescirà a vincere la resistenza degli strati sottoposti, se il peritoneo è già disteso ed un sacco è preformato. Alla resezione alta del sacco si dà oggi la massima importanza nella cura delle ernie e fino dal lavoro di Hart sulla statica uterina e sul meccanismo del prolasso (1) è nota l'analogia che esiste fra queste ed i prolassi genitali. Ciò però non è bastato finora per invogliare i chirurgi che praticano l'isterectomia vaginale per questa affezione a togliere largamente la parte esuberante di peritoneo (2) e si è creduto di avere fatto abbastanza resecando la

---

(1) *Tr. Edimb. Obst. soc.*, 1878.

(2) Ruggi fa qualche cosa che risponde a questo concetto nel suo processo (v. GARDINI. *La Rif. Med.*, 1896, vol. 3.°, pag. 472), ma non estirpa l'utero. Egli cerca di diminuire la profondità delle due pieghe vescico-uterina ed utero-rettale suturando il peritoneo prerettale e quello della vescica in vicinanza del fondo dell'utero dopo avere privato della sierosa

vagina; il che è utile certo, ma è errore il ritenere che con questo si sia compiuto un tempo dell'atto operatorio paragonabile all'asportazione del sacco nelle ernie, come pensa ad es. Pozzi (1).

Dopo resecato ed allacciato il sacco nella sua parte più alta, seguendo la tecnica che descriverò più avanti, è facile riunire le parti cruentate poste sotto di esso e sopra la vagina, in modo da rendere possibile la formazione di una lunga e spessa cicatrice, e durante questo tempo la vescica ed il retto si possono fissare ai legamenti larghi e fra loro sollevandoli dalla anormale posizione di cistocele e di rettocele.

Ad un'altra circostanza poi è da porre mente nel compiere la prima parte dell'atto operatorio. Resecando la vagina coi processi soliti, il metodo di Fritsch ad es., questa che si è allargata a scapito in parte della sua lunghezza, si accorcia ancora maggiormente dopo eseguite le suture, di modo che il più delle volte ad operazione completa invece di un lungo canale non si ha che una specie di diaframma, il quale si appoggia alla vulva e sul perineo, pronto ad uscire di nuovo appena il piano pelvico si distende anche lievemente. Questo stato oltrechè, come osserva Martin, impedisce qualche volta la coabitazione, è anche di ostacolo a che gli strati superiori, modificati convenientemente dall'atto operatorio, salgono verso la parte alta del bacino, cosa alla quale si deve dare molta importanza, se si vuole che l'esito buono sia duraturo. La maggior parte dei processi indicati, fissando la vagina ai legamenti od al peritoneo tendono a portare in alto questo, ma la sua salita è impedita dal suo accorciamento, così che si ha invece un abbassamento degli strati superiori del piano pelvico, il quale ha maggior facilità in tal modo a discendere ulteriormente.

La tecnica che ho seguito nei miei ultimi casi è la seguente: dopo fissato il collo dell'utero, con una forte pinza da presa a più denti e stirato in basso, traccio a destra ed a sinistra sulla vagina due incisioni per ogni lato, rette, longitudinali, parallele, simmetricamente

---

quasi tutta la superficie anteriore e la posteriore dell'organo. Il processo è razionale e parmi sia bene seguirlo, nei casi nei quali si crede che l'estirpazione dell'utero non sia necessaria e si abbiano i cul di sacco peritoneali considerevolmente distesi. Dopo l'isterectomia però la resezione del peritoneo e la chiusura del sacco può farsi in modo molto più radicale.

(1) *Ann. de Gyn. et de Obst.*, 1894, T. XLI, pag. 199.

poste a distanza fra loro di circa 5 o 6 cm., le quali partono dalla rima vulvare e si portano verso il collo dell'utero. A cagione della posizione centrale di questo nel cono formato dal prolasso, naturalmente le due incisioni anteriori e le due posteriori si riuniscono ad angolo più o meno vicino al collo, secondo la maggiore o minore grossezza di esso. Le estremità vulvari delle incisioni anteriori sono congiunte fra loro con una nuova incisione e lo stesso vien fatto per le posteriori. Si sono limitati così due grandi lembi triangolari, anteriore l'uno, posteriore l'altro, comprendenti la mucosa vaginale del cistocele e del rettocele, i quali si distaccano abbastanza facilmente dalla vescica e dal retto, quando si incominci la dissezione del loro angolo e si vada così staccandoli dall'alto al basso.

La maggior parte della dissezione è fatta senza taglienti, stirando semplicemente i lembi e poche pinze emostatiche bastano per far cessare il gemizio di sangue. Sostituisco queste con allacciature al catgut, libero l'utero dai suoi attacchi colla vagina con un'incisione circolare fatta il più possibile accanto all'orificio esterno e lo esporto nel modo solito, servendomi delle allacciature con catgut n. 4 per l'emostasi. Generalmente pongo 2 o 3 lacci sulla porzione del legamento largo non ricoperta dal peritoneo, che ho l'abitudine di riunire coll'ultimo di questi in un sol blocco, ed 1 o 2 lacci nell'altra porzione, formando pure di questa un solo peduncolo. Quando l'ovaio è prolassato od ammalato, condizioni che si trovano con frequenza, questi ultimi lacci vengono posti al di là degli annessi uterini; nel caso contrario l'ovaio è lasciato al suo posto, ma i lacci vengono situati il più alto possibile.

Due grosse pinze fissano da un lato e dall'altro l'estremità di questo peduncolo, e due pinze di Kocher prendono i bordi dei cul di sacco peritoneali. Una lunga spatola, che attraverso la vagina giunge nella cavità peritoneale, allontana i tessuti posteriori. La via è abbastanza ampia perchè riesca sufficientemente facile staccare la lamina peritoneale anteriore della vescica per quel tratto che si crederà necessario. Generalmente 2 o 3 cm. di dissezione sono sufficienti e questa vien fatta facilmente col dito e colle forbici, aiutandosi col tirare in basso le pinze di fissazione e col controllo ripetuto del dito sulla superficie peritoneale.

Dopo completato questo distacco si porta in avanti la spatola e

si allontanano così i tessuti situati anteriormente e si ripete lo stesso tempo dell'operazione per il cul di sacco posteriore, il che vien fatto molto più facilmente che all' innanzi. La chiusura del peritoneo è eseguita con una sutura a borsa da tabacco con grosso catgut, che passa nella parte più alta dei lembi peritoneali dissecati ed abbraccia il peduncolo superiore dei legamenti larghi il più in alto possibile, il che si compie facilmente, avendo cura, mentre si passa l'ago, di tirare fortemente in basso le grosse pinze che sono state situate sui legamenti stessi. Stretto con forza il laccio e postone per sicurezza un altro tutt' all' intorno se si crede necessario, si reseca la parte esuberante dei lembi peritoneali e si passano coll' ago uno o due nuovi lacci sui tessuti cruentati sottoperitoneali in modo da fissare insieme la superficie scoperta del retto e quella della vescica coi legamenti larghi. Durante questo tempo la vescica ed il retto, che si saranno già rialzati coll'affondarsi del peduncolo peritoneale, si fissano ai legamenti sollevandoli dalla posizione di cistocele e di rettocele che tenevano. Con suture a strati si fanno scomparire le superficie cruentate della vagina senza chiuderla completamente nella sua parte alta, attraverso la quale si drenaggiano gli strati superiori per mezzo di garza jodoformica. Il perineo è rifatto col processo di Lawson Tait a sutura di crine di Firenze; i punti si tolgono dopo 15 giorni.

L'atto operatorio molto lungo a descriversi non lo è nell'esecuzione, e per solito si compie in poco più di mezz'ora, ed in pochi casi è durato un'ora circa. Non è stato eseguito in tutti i casi nello stesso modo. Nelle prime operate si praticò all' incirca il metodo di Fritsch, nelle altre od il processo come è stato descritto o col solo tempo della dissezione dei lembi peritoneali e della chiusura alta del peritoneo.

Le diverse modalità dell' atto operatorio sono accennate nello specchio seguente, nel quale brevemente sono notati i punti salienti della storia, dell'esame obbiettivo, dell' operazione, ecc. Di tutti i casi conosco l' esito definitivo, sia per avere visitato io stesso le operate, sia per informazioni.

Numero progr.	Generalità dell'ammalata	Anamnesi	Stato presente e diagnosi	Operazione	Esito
1	Bindi Maria di Castiglione Fiorentino, 44 anni.	Due parti normali. Nessun aborto. Da 2 anni nella menopausa. Prolasso completo da 6 anni. Dolori gravi al sacro specialmente quando si affatica.	Donna debole, denutrita. Nella stazione eretta senza sforzo, prolasso della grossezza di un uovo di gallina, che raggiunge le dimensioni di un pugno, quando si faccia aumentare la pressione addominale. Perineo abbastanza spesso e resistente. Il tumore è dato specialmente da ipertrofia sopravaginale del collo. Lieve cistocele. Endometrite. Sondatura uterina, 12 cm. Coll'esame dal lato del retto si raggiunge la parte alta del corpo.	12 Dicembre 1893. Narcosi eterea. Isterectomia vaginale con resezione della vagina che cuopre il cistocele. Non fu eseguita la perineorrafia. Allacciature con seta. Riescì difficile isolare la vescica dal collo dell'utero al quale aderiva fortemente.	Guarigioni senza complicazioni. 15 Dic 1896. Informato per lettera (Schiatti). Localmente nessuna recidiva. Buone condizioni generali. Ad intervalli lievi disturbi gastrici.
2	Giusti Carolina di Castiglione Fiorentino, 58 anni.	Sei parti normali e 3 aborti. Il prolasso ha cominciato dopo il 3.° parto (da 28 anni circa), ma era rimasto di mediocri dimensioni. Da 2 anni dopo un periodo di soverchie fatiche, insieme ad un deperimento nello stato generale è aumentato notevolmente quasi ad un tratto. Le dà dolori insistenti alla regione sacrale ed urin. frequente e difficile.	Donna con molto adipe, apparentemente più vecchia della sua età. Prolasso della grossezza di un arancio. Rettocele e cistocele, utero quasi in totalità fuori della vulva (sondatura 8 cm.). Muso di tinca e vagina con ulcerazioni. Perineo lacerato ed atrofico.	20 Aprile 1894. Narcosi eterea. Isterectomia vaginale con resezione della vagina alla Fritsch. Perineorrafia alla Lawson Tait. Allacciature dei legamenti con seta. L'operazione riesce facile.	Guarig. L'andamento post-operativo è complicato da fatti di bronchite che si ripeterono a più riprese anche nei due primi mesi dopo uscito dall'Ospedale. 15 Dic. 1896. Lettera (Schiatti). La malata è in ottime condizioni locali e generali.
3	Gualandi Anna di Imola, 53 anni.	Quattro parti normali. Un figlio nato-morto. Nessun aborto. E' ammalata da 31 anni. Fino dal primo parto si presentò un cistocele. Da 15 anni il prolasso è completo. Da 2 anni i disturbi dati dall'affezione, dolori alla regione sacrale ed ai lombi, urinazione frequente e difficile, stitichez-	È donna piccola di statura con nutrizione deficiente, con pelle inelastica e ruvida. Larghe ulcerazioni nella vagina prodotta dal pessario, ricoperte da una patina biancastra. Scolo fetido dalla vagina e dall'utero. Il prolasso ha le dimensioni di una testa di neonato ed è formato dal-	3 Aprile 1895. Narcosi eterea. Estirpazione dell'utero con lembi vaginali alla Fritsch. Allacciature dei legamenti con catgut. Si estirpano le ovaie. Resezione di circa 3 cm. di lembo peritoneale dall'escavazione del Douglas e sutura a borsa di tabacco. Perineorrafia alla Lawson Tait.	Decorso post-operatorio normale. Esce dall'Ospedale il 27 Aprile 1895. Riveduta il 10 Dicembre 1896. Nessuna recidiva. La cicatrice vaginale dell'isterectomia è fissa a 6 cm. dalla vulva. Tenendo divaricata la vulva e facendo aumentare la pressione addominale si vede gonfiare un po' la parete posteriore

Numero progr.	Generalità dell'ammalata	Anamnesi	Stato presente e diagnosi	Operazione	Esito
		za, si sono fatti così gravi da renderle impossibile qualunque lavoro. Porta un grosso pessario ad anello che spesso le sfugge.	l'utero (sondatura 10 cm.), da notevole rettocele e lieve cistocele. Il perineo manca quasi totalmente.		della vagina. Nessun disturbo. Notevolmente migliorata nelle condizioni generali.
4	Ricchi Santa di Casola Valsenio, 42 anni.	Non parti, nè aborti. Il prolasso cominciò poco dopo il matrimonio, senza che l'ammalata ne abbia riconosciute le cause. L'origine dell'affezione rimonta a 20 anni fa. Dolori ai lombi ed alla regione ipogastrica. Ha metrorragie.	Donna gracile, in apparenza più vecchia della sua età. Il prolasso ha la grossezza di un arancio. L'orificio uterino trovasi nascosto dietro un grosso cistocele ed innanzi alla parete posteriore della vagina prolassata. Il retto non è abbassato. La cavità uterina misura 10 cm. e sanguina con molta facilità. Ulcerazioni attorno all'orificio uterino. Coll'esame vaginale e rettale si riconosce che l'utero ha volume maggiore del normale. Dal retto non si raggiunge il fondo dell'organo. Il perineo è atrofico.	24 Ottobre 1895. Narcosi eterea. Resezione della vagina alla Fritsch. Aderenze strette fra vescica e collo dell'utero. Abbassamento dell'utero, dopo aperti i cul di sacco peritoneali, coll'aiuto dell'incisione della parete anteriore alla Doyen e trazione fatta sui bordi di essa. Forcipressura sui legamenti. Non si tolgono le ovaia. L'utero è grosso quasi quanto un pugno (metrite). Si reseca un cm. circa di peritoneo sul retto e sulla vescica e si suturano insieme i bordi peritoneali al disopra delle pinze. Perineorrafia.	Si tolgono le pinze 48 ore dopo: il tamponamento dopo 4 giorni. Elevazione di temperat. in 5.ª giornata (39°) che non si ripete più i giorni seguenti. Esce il 7 Nov. 1895. Il 16 Nov. 1896. Le condizioni dell'ammalata sono floridissime. Nessun disturbo subbiettivo, nessuna recidiva. (Da lettera del dottor Russo).
5	Zurfuria Maria di Imola, 35 anni.	Due parti normali. Il prolasso fu avvertito dall'ammalata un anno dopo il primo parto (6 anni fa). Da 3 anni è molto accentuato e diventa enorme ad ogni piccola fatica e le impedisce di camminare. Vivi dolori al dorso ed al sacro; difficoltà nel mingere a prolasso mal ridotto; stitichezza. Da 2 anni è notevolmente deperita ed invecchiata e soffre d'accessi asmatici, specialmente nei periodi mestruali. Passa in	Donna in grado notevole di deperimento. Prolasso che sotto la spinta addominale raggiunge quasi le dimensioni di una testa di neonato Ulcerazioni nella vagina e nel collo dell'utero, che sanguinano facilmente. La maggior parte del tumore è formato da cistocele. Utero della lunghezza di 9 cm. con fondo uncinabile del dito introdotto nel retto. Lieve rettocele. Perineo ridotto ad una sottile cicatrice.	16 Febbraio 1896. Narcosi eterea. Asportazione dei lembi vaginali anter. e poster., lasciando solo le pareti laterali colla tecnica che ho accennato nel testo. Isterectomia. Allacciature con catgut dei legamenti, senza asportazione delle ovaie. Resezione di lembi peritoneali (anteriormente 4 cm., posteriormente 3). Sutura a borsa da tabacco del peritoneo e 3 suture riunenti i legamenti larghi, la vescica, ed	Temp. elevata (38°, 39°) nei primi 5 giorni dopo l'atto operatorio, poi normale. Esce il giorno 18 Marzo 1896. Riveduta il 6 Dicembre 1896. L'operata pare ringiovanita, tanto sono migliorate le condizioni generali. Non ha avuto più disturbi nervosi. Nessuna recidiva.

Numero progr.	Generalità dell'ammalata	Anamnesi	Stato presente e diagnosi	Operazione	Esito
		sezione chirurgica dalla medica, dove era in cura da circa 20 giorni a causa di gravi disturbi nervosi (asma, vomito).		il retto. Sutura a strati della vagina e perineorrafia alla Lawson Tait.	
6	Giordani Francesca di Sesto Imolese, 67 anni.	Un parto normale. Prolasso genitale da più di 30 anni. Da qualche tempo dolori gravi al dorso che le impediscono il lavoro. Da 10 anni ha pure due ernie inguinali. E' sifilitica.	Donna pallida denutrita con pelle, senza elasticità, in apparenza molto più vecchia della sua età. E' affetta pure da vizio cardiaco (insufficienza della mitrale). Prolasso genitale completo con utero atrofico. Notevole rettocele. Ernie inguinali della grossezza di una noce, riducibili, con largo colletto.	19 Maggio 1896. Narcosi eterea. Si eseguisce l'atto operatorio come è stato descritto nel testo. Resezione di 3 cm. di lembi periton. Perineorrafia, ecc. L'8 Giugno 1896 operazione radicale delle due ernie inguinali con sutura alla Bassini, sotto l'anestesia cocainica.	Tanto dopo l'isterectomia che dopo l'operazione radicale delle ernie, l'ammalata ebbe a soffrire per fatti di bronchite catarrale che durarono per una settimana circa. Uscì dall'Ospedale il giorno 28 Giugno 1896. 11 Dic. 1896. Da lettera del dott. Cervellati: Nessuna recidiva riguardo al prolasso ed all'ernia inguinale sinistra. E' recidivata l'ernia inguinale destra. Condizioni generali buone.
7	Morara Marianna di Fontana Elice, 50 anni.	Un parto normale 25 anni fa. Espulsione di una mola (?) 9 anni sono. Il prolasso cominciò dopo il parto: fu posto un pessario ad anello che l'ammalata cessò di portare un anno dopo. Da 9 anni soffre di dolori al sacro, agli arti inferiori e di difficoltà nel mingere. Due settimane prima del suo ingresso in sezione chirurgica è presa da febbre che si inizia con brivido e si fa continua, per curare la quale entra in sezione medica.	Donna emaciata con febbre 39. 6. Ha incontinenza d'urina e ritenzione incompleta, cistite con urina fetida a reazione alcalina. La vescica non può svuotarsi a causa di un enorme cistocele. Il prolasso genitale è completo ed ha la grossezza della testa di un bambino di un anno, con ulcerazioni nella mucosa vaginale e sul collo. Sondatura uterina, 8 cm. Lieve rettocele e grossa ernia dell'escavazione del Douglas. Pensando che la temperatura elevata tenga alle condizioni degli organi urinari si consiglia l'atto operatorio.	5 Luglio 1896. Narcosi eterea. Asportazione di grandi lembi vaginali. Isterectomia, estirpazione annessi, resezione di lembi peritoneali (6 cm. posteriormente, 3 anteriormente), sutura del peritoneo e dei legamenti nel modo solito. Sutura della vagina e perineorrafia, ecc.	Decorso post-operatorio normale fino al 12.° giorno, nel quale fu notata una paralisi dolorosa (neurite) nel territorio del n. peroneo arto destro. Guarisce dietro cura elettrica, per completare la quale la malata resta in Ospedale fino al giorno 12 Agosto 1896. Riveduta il 9 Dicembre 1896. Nessuna recidiva, nessun disturbo nell'urinazione, urine normali. L'operata si sente benissimo, è ingrassata e sembra ringiovanita.

Numero progr.	Generalità dell'ammalata	Anamnesi	Stato presente e diagnosi	Operazione	Esito
8	Tabanelli Virginia d'Imola, 48 anni.	Sei parti normali. Il prolasso cominciò a manifestarsi dopo il 2.° parto (21 anni sono) ed aumentò notevolmente dopo il 4.° Si lagna di dolori al dorso e di stitichezza. Le è impedito il lavoro. Non ha avuto mai malattie gravi.	Donna in buone condizioni di salute generale, piuttosto pingue. Prolasso delle dimensioni di una mela: raggiunge quello di un grosso arancio sotto lo sforzo addominale. Sondatura dell'uteto, 7 cm. La bocca di questo trovasi nel centro del tumore: è grossa, ulcerata, ulcerazioni e cicatrici trovansi pure sulla mucosa vaginale. Grossi cistocele e rettocele. Fondo dell'utero uncinabile dal retto. Perineo diviso quasi totalmente da antiche lacerazioni.	21 Luglio 1896. Narcosi eterea. L'atto operatorio è stato compiuto come è stato descritto nel testo. Non si sono asportati gli annessi uterini, nè resecati lembi peritoneali. Si è però disseccato il peritoneo della vescica e del retto il più in alto possibile (3 cm. circa) e chiusa la breccia con sutura a borsa di tabacco. Due suture nei legamenti larghi, vescica e retto. Si è incontrata sola una certa difficoltà nel distaccare la vagina e l'utero della vescica; distacco che si è dovuto compiere a poco a poco colle forbici.	Il decorso post-operatorio è stato disturbato da infezione della ferita, forse causata dall'essersi chiusa la sonda De Pezzer, il che ha obbligato l'urina a colare in vagina. Per una settimana si ebbe temper. elevata (38°, 38°. 4) e si disunì completamente la ferita perineale. L'inferma uscì il 9 Agosto 1896, senza che le ferite operatorie fossero completamente chiuse. Un mese dopo la donna fu colta da fatti di peritonismo, dolori all'ipogastrio e temp. elevata 40° che passarono spontaneamente dopo 2 giorni. Da allora benessere completo e nessuna recidiva (7 Dic. 96) non ostante la mancanza quasi assoluta del perin. E' notevole il fatto che durante lo sforzo addomin. il fondo della vagina sale in alto di qualche cm. invece di discendere come accade comunemente.
9	Tozzola Clemente di Sesto Imolese, 60 anni.	Sette parti norm. Dopo la 6.ª gravid. incominciò il prolasso (30 anni fa). Da 3 anni è molto soffer. e le è impossibile il lavorare. Ha dolori vivi al sacro, urinaz. frequente e difficile, stitichezza, e fatti da infezione dell'endometrio. Perineo atrofico. I suoi disturbi sono aumentati da tubercolosi vertebrale con cifosi, della quale soffre da 6 anni. Cammina molto curva.	Donna emaciata molto invecchiata. Prolasso delle dimensioni di un grosso arancio, con ulcerazioni. Sondatura, 8 cm. Cistocele e grosso tumore posteriormente all'utero, formato da lieve rettocele e da abbassamento dell'escavazione del Douglas. Il fondo dell'utero in retroflessione è uncinabile dal dito introdotto nel retto. Notevole cifosi dorsale.	30 Settembre 1896. L'operazione è stata eseguita tipicamente come si è descritta. Di notevole solamente la resezione alta del peritoneo prerettale (7 cm.). Asportazione degli annessi.	Decorso normale. Esce il 18 Ottobre 1896. 11 Dic. 1896 (lettera del dott. Cervellati). L'operata sta bene. Nessuna recidiva. La lesione vertebrale le dà qualche disturbo.

L'osservazione della tavola ci permette di giungere alle conclusioni seguenti: L'isterectomia vaginale eseguita in nove casi di grave prolasso, in donne quasi tutte in tristi condizioni generali di salute ed avanzate in età, unita quasi sempre ed estese resezioni della vagina, alla perineorrafia ed a operazioni complementari sugli strati superiori del piano pelvico, non ha portato mai la morte nè preoccupazioni gravi (1). Nessuna complicazione di notevole importanza si è avuta nè durante l'atto operatorio, nè nel decorso consecutivo: non si è avuto mai emorragia, nè lesione della vescica così temute da Chaput e da Le Dentu (2), non ostante che due volte si siano trovate strette aderenze fra la vescica ed il collo dell'utero e la vagina, che hanno obbligato a servirsi lungamente dei taglienti per la loro dissezione, ma non hanno impedito di portare facilmente a termine l'operazione. L'atto operatorio quindi, per ciò che mi ha insegnato l'esperienza personale, è di relativa facilità e non grave.

In nessun caso, finora, si è avuta recidiva. Due osservazioni hanno qualche importanza per giudicare della bontà del metodo. In un caso si ebbe (Oss. 8) completa disunione della ferita perineale, l'operata è rimasta colla vulva larga ed aperta, ma ciò non le ha portato fino ad oggi (5 mesi dopo l'atto operatorio) alcun danno. Anzi in questa donna si può osservare un fatto degno di nota, e cioè che sotto lo sforzo addominale la vagina ed il suo fondo si innalzano di alcuni centimetri, contrariamente a ciò che accade per solito anche nelle donne normali.

La mancanza di perineo, che non ha portato recidiva, ed il fenomeno ora descritto sono prova evidente che gli strati superiori del piano pelvico offrono in questo caso sufficiente resistenza. Un'altra considerazione può farsi sull'Oss. 6. In questa donna la distrofia e la cedevolezza senza elasticità dei tessuti, oltre ad essere presunta dallo speciale stato generale, era resa evidente dal fatto che oltre ad un prolasso esistente da 30 anni, si erano sviluppate da 10 anni, due

---

(1) La statistica dà una mortalità fra il 10 ed il 7 0[0. — Cfr. HARTMANN e DU BOUCHET, *Ann. de Gyn. et de Obst.*, Gennaio 1894, morti 6: 55. — ZOLOTMITSKY, Thèse de Paris, 1894: su 800 casi, mortalità 7: 100. — RAUHUT, Inaugural Disper. en Halle. 1895: su 143 casi, mortalità 8: 100.

(2) CHAPUT, *Arch. de tocol.*, Marzo 1894.

ernie inguinali. Furono eseguite in due tempi diversi le cure radicali del prolasso e delle ernie, ed il decorso post-operatorio fu in ambidue i periodi con poche differenze lo stesso, ma mentre oggi (7 mesi dall'operazione) è recidivata una delle ernie, nessun segno si ha ancora di recidiva del prolasso. Certo a questo fatto non si può dare il valore di una dimostrazione matematica, ma non si può negare che il suo significato non abbia qualche importanza nel giudicare del metodo operatorio tenuto, quando si pensi che ammesse uguali le altre circostanze, è molto più facile la recidiva di un grave prolasso genitale, che quella di una piccola ernia inguinale.

Non ho accennato agli altri fatti degni d'esser osservati, che potrebbero rilevarsi dalla tavola, nella quale sono distinti i miei casi, perchè non ho voluto occuparmi che della questione della cura chirurgica del prolasso. Ora a me pare che le osservazioni pubblicate servano sufficientemente esse pure a dimostrare che l'isterectomia vaginale non è una mutilazione molto grave, ma sopportata con relativa facilità dalle ammalate di prolasso, benchè vecchie ed in cattive condizioni di salute generale; che essa aprendo una larga breccia negli strati superiori del piano pelvico, permette una buona ricostituzione di essi, la quale insieme ad operazioni plastiche sulla vagina ed alla perineorrafia, servono a rendere duratura la guarigione dell'affezione, esito ben difficilmente ottenibile in casi consimili, con altri metodi operatori.

Dicembre 1896.

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Parma
diretto dal Prof. E. Truzzi

L'ectropion congenito e l'erosione congenita di Fischel

CONTRIBUTO ANATOMICO

DEL

Dott. S. PATELLANI
Aiuto clinico.

(Continuaz. e fine, vedi pag. 218).

Ed ora che ho riprodotto brevemente i reperti microscopici dal Fischel, dal Ruge e da me ottenuti aggiungo alcune considerazioni riassuntive.

Si hanno dei casi nei quali la portio vaginale dell'utero nelle neonate è, per un'estensione maggiore o minore ricoperta da mucosa più arrossata di quella della vagina e dei fornici, più scabra come vellutata *e in cui l'orificio uterino esterno è chiuso* oppure leggermente beante, con contorno regolare senza depressioni in corrispondenza delle commissure laterali. All'esame microscopico possiamo avere esteso su tutta questa superficie tanto epitelio cilindrico quanto pavimentoso a pochi strati di cellule sovrapposte oppure in parte cilindrico e in parte pavimentoso coi caratteri accennati.

La superficie scabra vellutata deve il suo aspetto non solo all'epitelio, ma anche a depressioni, a insenature semplici o dicotomiche nel fondo nelle quali trovasi un rivestimento dell'uno o dell'altro strato epiteliare.

Si hanno poi altri casi in cui la portio vaginale uterina delle neonate presentasi arrossata e scabra con ripiegature visibili solo per una piccola superficie attorno all'orificio uterino esterno, il quale può conservare la sua forma circolare oppure avere, come più di frequente si osserva, una forma ovale non essendo il suo contorno ad una stessa altezza. Il labbro anteriore e il posteriore qui sono più prominenti delle commissure laterali che appaiono quindi un po' più depresse. L'epitelio

rivestente tale superficie *è cilindrico con ghiandole più o meno numerose a grappolo della cavità del collo.*

Nella prima forma accennata si ha ciò che erroneamente, come vedremo, vien detto erosione congenita fisiologica della portio vaginale dell'utero, ectropion istologico congenito; nella seconda l'ectropium anatomico congenito dell'orificio uterino esterno.

I due tipi morfologici non devono essere confusi, come notano il Ruge ed il Veit, e non sono punto, come scriveva lo Schultze (36), *identificabili* tra di loro.

E che realmente debba essere così, oltre che dall'esame dei casi accennati, risulta anche dal fatto che può aversi l'erosione nelle nullipare e nelle vergini con orificio uterino esterno ristretto senza che qui si abbia eversione della mucosa cervicale colle ghiandole caratteristiche. Queste forme di erosioni nelle nullipare che, a mio avviso, data un'interpretazione embriologica devono considerarsi come forme congenite per mancata trasformazione, in vicinanza dell'orificio uterino esterno, dell'epitelio cilindrico in pavimentoso, queste forme sono assai rare nel loro tipo più puro e presentano un elegante epitelio cilindrico che ricopre i sollevamenti papillariformi della superficie. Alcune di queste erosioni nelle nullipare furono descritte dal Ruge (37). Non sempre però le due forme principali sono così bene individualizzate. Alcune volte si hanno contemporaneamente. Altre volte si vedono forme di passaggio da uno stadio iniziale ad uno avanzato.

Per comprendere la natura di questi tipi morfologici, i quali non rappresentano altro che un transitorio periodo di sviluppo della porzione vaginale dell'utero sulla quale si trovano, dobbiamo richiamarci ad alcuni dati di embriologia.

Nel 3.º-4.º mese della vita endo-uterina ancor non si possono differenziare l'utero dalla vagina. Solo verso il 5.º mese si ha la formazione della porzione dell'utero. Alla fine poi della 20.ª settimana, alla quale epoca finisce il 3.º periodo di Fürst, la portio è bene sviluppata (38).

---

(36) Cit. da I. Veit. «Zur Erosionsfrage.» *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, vol. 8, Stuttgart, 1882, nota a pag. 88.

(37) Vedi lav. cit. (6 *e*) pag. 253 e (7) pag. 408-409.

(38) Winckel, loco cit. (35), pag. 288. — O. Hertwig. « Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen und der Wirbelthiere. » II Auf. Jena, 1888, pag. 309.

Secondo W. Nagel la separazione tra la vagina e l'utero colla formazione della portio vaginalis si avrebbe in feti con una lunghezza cefalo-podalica di 10-14 cm. e sarebbe completa in feti di 17 cm. (39).

L'utero e la vagina si formano in seguito alla fusione dei tubi mülleriani rivestiti internamente di epitelio cilindrico. E mentre l'utero ha superiormente col punto d'inserzione del legamento rotondo un limite anatomico fisso, inferiormente invece il luogo dove si formerà poi la portio dapprima non è ben precisato.

L'*intussusceptio*, come la chiama l'Heitzmann, però della portio si inizia col labbro posteriore e dopo qualche tempo col labbro anteriore (Heitzmann, Nagel) (40).

Originariamente lo strato epiteliare rivestente il tubo genitale è cilindrico ad un solo strato. Solo più tardi avviene la trasformazione dell'epitelio primitivo in pavimentoso nella parte distale del detto tubo. Questa trasformazione si può indirettamente accertare con la persistenza dell'epitelio cilindrico in vagina e sulla faccia vaginale dell'imene, come ad esempio dimostrarono in Germania il Ruge e in Italia il Pestalozza (41), colla presenza di epitelio cilindrico in alcune forme patologiche (alcune cisti vaginali) e coi reperti dal Preusschen invocati per ammettere l'esistenza, negata da altri, delle ghiandole vaginali (42). Ricordandoci ciò che scrissero il Ruge, il Pestalozza e l'Eppinger, il quale richiamò l'attenzione su infossamenti della mucosa vaginale aventi nelle sezioni microscopiche una lontana rassomiglianza con ghiandole senza per altro presentarne le caratteristiche, noi potremo con facilità comprendere embriologicamente la chiusura eventuale dello sbocco delle insenature nel lume vaginale in un'epoca precedente la nota metamorfosi epiteliale.

---

(39) W. Nagel. « Entwickelung und Entwickelungsfehler der weiblichen Genitalien » in Veit's Handbuch der Gynäkologie. Wiesbaden, 1897, pag. 550.

(40) Heitzmann, loco cit. (19), pag. 26. — Nagel W. « Ueber die Entwicklung des weiblichen Genitalapparates, insbesondere des Uterus und der Vagina, beim Menschen. » Gesell. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Setz. 24 April 1891, *Cent. f. Gynäk.*, N. 23, pag. 478, 1891. — Vedi anche Nagel, loco cit., nota 39.

(41) Ruge, loco cit. (6 *e*), pag. 252 e (—7—), pag. 414-415. — E. Pestalozza. « Un caso di ematocolpos. Considerazioni sull'epitelio cilindrico nelle atresie e nelle cisti della vagina. » *Riv. di ost. e di gin.* Torino, 1891, anno II, N. 19, pag. 289-299.

(42) Ruge, loco. cit. (7) pag. 416. — E. Pestalozza, « Delle cisti della vagina. » *Rivista Clinica*, N. 3, 1887, Milano, Vallardi, pag. 7.

Noi abbiamo del resto sulla trasformazione dell'epitelio cilindrico in pavimentoso alcuni dati diretti. Il prof. Pestalozza ad esempio scrive: « Le ricerche embriologiche non hanno con sufficiente chiarezza assodato in qual momento della vita fetale l'epitelio cilindrico dei tubi di Müller, nella loro porzione più bassa, ceda il posto alla forma pavimentosa propria della vagina. Le mie indagini in proposito mi hanno sempre fatto riscontrare la forma pavimentosa in feti dal 6.° mese in avanti. La trasformazione deve essersi compiuta prima per lenta evoluzione. È questa anche la tendenza di Tourneux e Legay mentre invece Nagel recentemente (1890) nega in modo assoluto la possibilità di una trasformazione dell'epitelio cilindrico a cellule alte in epitelio pavimentoso in qualsiasi punto del canal genitale e a qualsiasi grado di sviluppo. Per mio conto non voglio polemizzare sulla facilità con cui il Nagel ha la tendenza a negare in modo reciso e dogmatico ciò che osservatori autorevoli prima di lui ebbero a constatare, del che diede pure recentemente prova coll'affermare quasi destituite di ogni valore le ricerche del nostro Paladino sul rinnovamento continuo del parenchima ovarico. Nel caso speciale parmi però che la constatata presenza di un epitelio cilindrico là dove la vagina fu colta da un arresto di sviluppo deponga nettamente contro le sue idee. È questa, a mio avviso, una nuova convincente prova che la forma originaria dell'epitelio vaginale è la cilindrica, mentre il Nagel la vorrebbe fin dalle prime origini pavimentosa (43). »

E il Nagel stesso (44) dice: « Le idee che si hanno oggi sullo sviluppo dell'utero e della vagina si possono riassumere così: dapprima il tubo genitale nel concetto di Thiersch è ricoperto in tutta la sua lunghezza coll'originario unico epitelio cilindrico dei tubi di Müller e mostra un aspetto uniforme. Una divisione di esso in utero e vagina solo si ha colla formazione della portio vaginale. Un po' prima, e precisamente nel corso del 3.° mese, si trasforma, come credono Tourneux e Legay, l'epitelio dell'estremo inferiore del tubo genitale in epitelio pavimentoso stratificato. Nel tubo di Müller, in embrioni di 11-13 mm. di lunghezza, si distinguono due parti, una più lunga prossimale (utero) che ha una cavità e che è rivestita da epitelio cilindrico ed una più

---

(43) E. Pestalozza, loco cit. (41), pag. 291-292.

(44) W. Nagel, loco cit. (40), pag. 477-478.

corta distale (vagina) che non presenta cavità, ma che solo è ripiena di grandi cellule protoplasmatiche che hanno in prevalenza una forma cubica. In corrispondenza del punto di passaggio tra le due forme di epitelio si ha la portio vaginale (embrioni con lunghezza cefalo-podalica di 15-22 cm.). Nella vagina non si ha quindi come fu fin qui ammesso una trasformazione dell'epitelio cilindrico originario mülleriano. Essa è completamente occupata da cellule cubiche e solo più tardi si fa cava. » Anche nel capitolo scritto dal Nagel sullo sviluppo degli organi genitali femminili nel trattato di Veit e da pochi giorni pubblicato (39, pag. 549 e segg.) sono espressi e raffigurati (fig. 111 e 115) gli stessi concetti. Ho riportato un po' estesamente quanto espose il Nagel per rilevare anzitutto una contraddizione nelle parole stesse dell'autore; e quanto scrisse invece il prof. Pestalozza a tale proposito per dimostrare che fin dal 1891 i reperti di Nagel non erano accettati in modo assoluto.

L'autorità del prof. Pestalozza è avvalorata da quanto si legge nelle memorie di alcuni autori (Ruge, Heitzmann, Tourneux e Legay) e in un trattato recentissimo di diagnostica ginecologica. L'Amann infatti ha scritto (45) di avere, con sue ricerche, trovato negli stadî iniziali nel tratto caudale dei tubi di Müller ancor epitelio cilindrico.

Il Ruge, coll'esame di parecchi uteri nel principio del loro sviluppo, ci dà dei particolari interessanti (46). In un utero ad esempio di mm. 14 di lunghezza la portio appariva distintamente formata. Le pareti dell'unita vagina, lunga 2 cm., erano spesse ed il lume di essa abbastanza ampio. Tanto la vagina quanto la cervice vedevansi ricoperte da epitelio pavimentoso. Qui dunque già era avvenuta la metamorfosi epiteliale.

In un utero invece a sviluppo meno avanzato (utero di cm. 0,7 di lunghezza e vagina di cm. 1,5) si distingueva, prominente sulle pareti anteriore e posteriore del canale utero-vaginale, la portio completamente liscia. Tanto quest'ultima quanto la parte superiore della vagina erano ricoperte da epitelio cilindrico mentre l'epitelio pavimentoso rivestiva solo il 4.° inferiore della vagina.

In un utero che misurava insieme alla vagina solo 1 cm. di lun-

---

(45) Iosef Albert Amann. « Kurzgefasstes Lehrbuch der mikroskopisch-gynäkologischen Diagnostik. » Wiesbaden, 1897, pag. 35.

(46) Ruge, loc. cit. (7), pag. 429-432.

ghezza, l'epitelio del canal cervicale della portio e di gran parte della vagina era cilindrico. Anche negli organi genitali di un feto umano, che per lo sviluppo loro si potevano considerare in uno stadio intermedio agli ultimi due casi riferiti (utero cm. 0,7; vagina cm. 0,8), notavasi in ogni punto epitelio cilindrico. Solo questo si era trasformato su una piccola porzione della vagina in basso.

Dall'esame di questi ultimi tre casi appare dunque come sulla portio vaginale dell'utero e per un tratto più o meno esteso anche sulla vagina permanga in un certo periodo della vita endo-uterina l'epitelio mülleriano cilindrico.

Ma non solo con questi dati diretti ed indiretti di cui dissi, noi possiamo ritenere che avvenga in un'epoca non bene precisabile e diversa forse a seconda dei casi la detta trasformazione nella parte distale dei tubi di Müller, ma anche basandoci sulla facile possibilità che l'epitelio cilindrico si trasformi in pavimentoso, sulla persistenza dell'epitelio cilindrico della portio di alcuni animali adulti da me riscontrata e sui diversi reperti ottenuti dagli autori ricordati e da me avuti.

Il Küstner ad esempio (47) studiando un polipo uterino che faceva procidenza all'orificio esterno, trovò che mentre le introflessioni che si avevano sul tumore erano tutte ricoperte da epitelio cilindrico, la superficie invece più sporgente del neoplasma era rivestita da epitelio pavimentoso. Il tumore proveniva dall'utero e si era avuta la trasformazione accennata a poco a poco. Anche il prof. Pestalozza allo scopo di spiegare il frequente reperto di epitelio cilindrico nelle cisti della vagina ammise che quando, per qualsiasi causa, una porzione della mucosa vaginale si atteggia a spazio cistico chiuso, l'epitelio ha tendenza a ripercorrere gli stadî di sviluppo suoi per ritornare alla primitiva forma cilindrica.

In quanto si riferisce alle condizioni che favoriscono queste metamorfosi epiteliali sul collo uterino, scrissero Hofmeier e lo stesso Küstner (48) il quale anzi accennò, nel lavoro ricordato, a tre casi di ectropion congenito nelle adulte curati e guariti.

---

(47) O. Kuestner. « Notis zur Metamorphose des Uterusepithels. » *Centralb. für Gynäkol.*, 1884, N. 21, pag. 321-322.

(48) Hofmeier M., loc. cit. 25. — O. Kuestner. « Beiträge zur Lehre von der Endometritis. » Jena, 1883. Rivista di Taenzer nel *Centralblatt für Gynäkologie* del 1884, N. 10, pag. 149-153.

Se noi esaminiamo le due portio vaginali dell'utero didelfo in una coniglia adulta, noi vediamo che il rivestimento epiteliare di esse presenta interessanti particolarità. Le due portio si presentano nel fondo della vagina separate completamente l'una dall'altra sulla linea mediana. Alla superficie esterna di esse subito notansi le numerose pieghe della mucosa che perfettamente richiamano l'aspetto di un fiore sbocciato. Le due portio hanno una lunghezza di circa 5 mm. un diametro di mm. 4 e sono coniche colla base in alto. Ben visibili e con forma un po' raggiata si presentano gli orifici uterini esterni.

In parecchi pezzi sezionai le portio e la parte superiore della vagina in direzione trasversale all'asse uterino; in altri invece una sola delle due portio in direzione sagittale. Nelle sezioni trasversali vedesi all'esterno della portio uno strato epiteliare continuo cilindrico, con cellule alte 11,16 μ., il quale segue regolarmente tutte le introflessioni ramificate esistenti tra papilla e papilla. Nel centro delle portio vedesi il canale cervicale colle sue numerose pliche caratteristiche.

Le insenature esistenti all'esterno sono più o meno profonde e numerose. Il derma della mucosa presentasi ricco di vasi sanguigni. Anche la vagina per circa 3[4 della sua periferia venne colpita dalle sezioni trasversali. In alcune sezioni vedesi, verso la parte sua alta, ricoperta da epitelio francamente cilindrico alto 33 μ.

Le cellule dell'epitelio cilindrico della portio che richiama un aspetto villoso hanno il nucleo basale. L'epitelio cilindrico della parte alta della vagina quasi all'altezza dei fornici mano mano che dall'avanti si va allo indietro si fa sempre più basso. Questo particolare si rileva esaminando le sezioni in direzione trasversale all'asse vagino-uterino.

In alcune sezioni infatti (nella parte distale) le due porzioni vaginali dell'utero didelfo sono quasi libere nel campo vaginale (le sezioni furono appiccicate sui port' oggetti coll'albumina glicerinata di Meyer) mentre in altre (prossimali) vedesi, per la differente profondità dei fornici, libera dalla vagina la superficie posteriore, unita alla vagina la superficie anteriore delle porzioni vaginali uterine.

Le stesse particolarità relative all'epitelio della portio riscontransi anche nelle sezioni antero-posteriori. L'epitelio cilindrico ricopre completamente dall'alto al basso la portio.

Controllando il reperto coll'esame istologico fatto su parecchie coniglie a diversa epoca di sviluppo, sempre riscontrai lo stesso fatto.

Conservo dei preparati in questo senso molto dimostrativi. Su questo particolare anatomico, che a scienza mia non so se fu osservato, nulla trovai consultando anche trattati speciali come quello di anatomia comparata di Voigt e Jung (in dettaglio è esposta l'anatomia del coniglio) nè in quelli di zootomia in cui larga parte ha l'istologia degli animali più comuni (Franck).

Anche in una topa della lunghezza di circa cm. 15 si osservano particolari degni di menzione. In questo animale l'utero è bicorne unicolle. L'unica portio ha pure l'aspetto di un fiore sbocciato per le irregolarità della sua superficie esterna. A partire dalla porzione superiore della vagina e venendo in vicinanza ai fornici, dove vedonsi numerose papille aventi come aspetto dendritico a ciuffo e ricoperte tanto nella parte libera come nella profonda di un elegante epitelio cilindrico a contorni appena distinti, formati da cellule alte 38 μ. con nucleo visibile — non basale, come nella coniglia, ma spostato all'unione del terzo inferiore e del terzo medio — con protoplasma trasparente ed omogeneo, si arriva alla portio la cui mucosa forma uno strato relativamente spesso con insenature numerose, ramificate. Alcune di queste sono colpite nelle sezioni in tutto il loro decorso, altre solo trasversalmente in modo circolare, altre ancora in direzione obliqua. L'epitelio è nettamente cilindrico coi caratteri ricordati. Il derma della mucosa è ricco di vasi sanguigni.

Nel fare questi esami s'intende dobbiamo ricordare quei fatti sui quali richiamò in modo speciale l'attenzione l'Abel a proposito delle immagini erronee che si possono avere quando venga colpita di una ghiandola il fondo oppure di piatto la sua parete (49).

Esaminando l'utero e la vagina non ancora bene individualizzate di una gatta neonata notasi in qualche sezione, delle numerose in serie da me fatte, in corrispondenza della parte alta della vagina e posteriormente uno sperone divisore che fa procidenza nel canale per 166 μ il quale è costituito da papille prominenti e da insenature ricoperte, tanto verso la regione distale quanto verso la prossimale, di epitelio pure cilindrico. L'insenature verso la vagina sono meno spiccate e numerose. Nella cavia adulta l'epitelio della portio vaginale è pavimentoso come nella donna in condizioni normali.

---

(49) Karl Abel., loc. cit (26), pag. 27-28-29-30.

Esaminando la portio larga mm. 11, di una vitella di 3 settimane di vita — l'esame fu fatto però in condizioni poco favorevoli essendo stato prima il pezzo immerso in acqua molto calda allo scopo di iniettare con paraffina i tubi di Malpighi (Gartner) — trovai epitelio distintamente pavimentoso.

Partendo da tutto quanto ho esposto, a me pare che la migliore interpretazione che si possa dare delle cosidette erosioni congenite di Fischel sia la seguente:

Essendo originariamente l'epitelio dei tubi mülleriani cilindrico e quindi tale anche l'epitelio della parte da cui la portio si svilupperà, può darsi che, per un arresto nell'ulteriore ontogenesi o meglio per un arresto nella trasformazione embrionale che dovrà avvenire in questa regione dell'epitelio cilindrico in pavimentoso, permanga, per un tratto più o meno esteso, l'epitelio cilindrico.

Altre volte la metamorfosi epiteliare è iniziata e non completa e allora si hanno, come nel primo dei casi da me studiati, delle così dette erosioni congenite di Fischel con insenature numerose ricoperte non da epitelio cilindrico, ma da epitelio pavimentoso a pochi strati, il quale segna il passaggio tra le due forme epiteliari e dimostra non solo che la trasformazione si compie, ma anche il modo con cui questa avviene. Si ha dapprima un riempimento delle depressioni esistenti tra papilla e papilla di cellule epiteliari che si sovrappongono all'epitelio cilindrico il quale diventa così come lo strato basale a palizzata del nuovo epitelio. Segue poi nello stesso modo un rivestimento di cellule anche dell'epitelio e della parte più sporgente delle papille. Si avrebbe in altre parole lo stesso fatto che si osserva quando si versa un liquido su una superficie irregolare. Il liquido riempie prima le parti più profonde e poi si sovrappone anche a quelle che sono più superficiali.

A me pare quindi che, partendo da questo punto di vista, non sia esatta la parola erosione congenita per indicare, come si fa, questo stato di cose come pure non esatte siano le denominazioni, usate dal Fischel nel suo primo lavoro, di ectropium anatomico congenito e di ectropium istologico congenito, quasichè nella parola anatomico non si comprenda anche il significato della parola istologico e che la prima forma descritta dal Fischel non sia un' erosione congenita nel concetto, da me già detto non esatto, che si ammette dai più.

Mi pare, diceva, non adatta la parola erosione, innanzi tutto perchè

sembrerebbe, volendo ammettere il valore che ad essa diedero Ruge e Veit, che l'epitelio da pavimentoso siasi trasformato in cilindrico, mentre in realtà cilindrico era prima e tale rimase o solo si fece pavimentoso a pochi strati più tardi. In secondo luogo perchè il concetto più razionale della genesi di questa forma speciale è che trattisi di un arresto di sviluppo, di un fatto forse transitorio o richiamante un fatto permanente in altri animali, come rappresentano un arresto di sviluppo alcune malformazioni uterine nella donna mentre sono permanenti in altre specie.

Potrebbe la parola erosione rispondere al suo scopo solo quando noi volessimo unicamente tener conto dell'aspetto macroscopico e dare ad essa il significato che le attribuivano i ginecologi di molti anni addietro.

Le forme congenite di Fischel non sono dunque morbose per sè e non si accompagnano a processi infiammatorî.

Non dobbiamo dare ad esse un'importanza esagerata credendole causa di molte erosioni nelle adulte nè negarne completamente il valore come fecero altri.

Quando queste forme congenite persistano a lungo dopo la nascita non è illogico ammettere possano essere causa di disturbi diversi e predisporre ad altre manifestazioni morbose.

Nelle diverse descrizioni da me riportate noi possiamo distinguere alcune forme dovute ad arresto della trasformazione, sulla portio vaginale dell'utero, dell'epitelio cilindrico in pavimentoso normale da altre in cui invece si ha una vera eversione della mucosa endo-cervicale.

Tra le prime noi potremo distinguere i casi:

a) in cui tutto l'epitelio rivestente la portio è cilindrico tanto superficialmente quanto nelle insenature ricordate;

b) in cui l'epitelio rivestente la portio è cilindrico sulla parte libera delle papille, pavimentoso invece nelle insenature tra di esse;

c) in cui l'epitelio è pavimentoso a pochi strati di cellule sovrapposte tanto profondamente nelle insenature quanto sulla parte libera tra le papille;

d) in cui l'epitelio è pavimentoso a pochi strati di cellule sovrapposte nella parte libera delle papille mentre le infossature sono riempite da elementi cellulari;

e) in cui l'epitelio della portio è pavimentoso verso i fornici, cilindrico invece verso l'orificio uterino esterno *ristretto e chiuso.*

Da quest'ultima forma si passa gradualmente al tipo normale in cui l'epitelio è pavimentoso su tutta la portio e il limite tra la mucosa extra ed endo-cervicale trovasi all'orificio uterino esterno. Vi sono però dei casi in cui successivamente la trasformazione accennata si estende ancor di più e in cui l'epitelio pavimentoso risale per un tratto più o meno esteso nell'interno del canale cervicale.

Nelle forme di ectropion congenito potremo ammettere i seguenti tipi:

a) Pseudo ectropion in cui l'orificio esterno è chiuso. La superficie arrossata non richiama i caratteri della mucosa cervicale. Questo tipo corrisponde alla forma *e* delle erosioni congenite già accennata.

b) I bordi dell'orificio uterino esterno sono al medesimo livello. La mucosa endo-cervicale fa ernia attraverso all'orificio esterno dell'utero.

c) Un labbro della portio è più sporgente dell'altro (a grugno di porco). Le commissure laterali non sono più profonde della restante parte dell'orificio uterino esterno. La mucosa cervicale è visibile sul labbro uterino allungato.

d) Le commissure laterali sono congenitamente più o meno depresse della restante parte dell'orificio uterino esterno. Il labbro anteriore e il posteriore sono come stirati all'infuori lasciando ciascuno visibile per un tratto triangolare, colla base in alto e l'apice in basso, la mucosa endo-cervicale.

Alcune forme del primo e del secondo tipo possono anche coesistere dando luogo a forme miste o meno complesse.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE.

TAVOLA I.

Fig. 1. — Da Fischel (« Beiträge zur Morphologie der Portio vaginalis uteri. » *Archiv f. Gynäkologie,* vol. XVI, tav. IV, fig. 1 α). — Erosione congenita di neonata.

Fig. 2. — Da Fischel (« Beiträge zur Morphologie der Portio vaginalis uteri. » *Archiv f. Gynäkologie,* vol. XVIII, pag. 441, fig. 2 *a*). — Ectropion anatomico congenito di Fischel visto di fronte.

Fig. 3. — Lo stesso ectropion di cui alla figura precedente visto in sezione sagittale. Disegno schematico. α α limiti dell'orificio uterino esterno; *b b* inserzione della vagina sull'utero.

Fig. 4. — Da Ruge. (« Ueber die Erosionen an der Vaginalportion. » *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie,* vol. VIII, tav. VIII, fig. 3). — Portio di

neonata con erosione attorno all'orificio uterino esterno. Sul labbro anteriore l'erosione si estende fino al fornice vaginale. Sulla portio sono pure visibili le ripiegature vaginali che incrociano la superficie erosa.

Fig. 5. — Da Ruge. *(Zeit. f. G. u. Gyn.,* vol. VIII, fig. 5 *a*). — Portio veduta di fronte con spiccato ectropion congenito.

Fig. 6. — Da Ruge. *(Zeit. f. G. u. Gyn.,* vol. VIII, tav. IX, fig. 9). — Portio di neonata che presenta l'aspetto così detto vaginale per le numerose ripiegature esistenti. Attorno all'orificio uterino esterno l'erosione congenita.

Fig. 7. — Da Winckel. (« Lehrbuch der Frauenkrankheiten. » Leipzig, 1890, pag. 538, fig. 157). — Ectropion congenito di neonata.

Fig. 8. — Ectropion ed erosione congenita (1.° caso). La portio è vista di fronte.

Fig. 9. — Disegno schematico di una sezione sagittale dell'utero studiato nel 1.° caso. *v. v.* vagina; *er. er.* erosione congenita; *ec.* ectropion congenito; *l. a.* labbro anteriore.

Fig. 10. — Disegno schematico di una sezione sagittale della portio studiata nel 2.° caso. Ectropion congenito. *v. v.* vagina; *a-b* limiti dell'ectropion.

Fig. 11. — Sezione sagittale del labbro anteriore della porzione vaginale dell'utero di una neonata a sviluppo ottimestre. Koristka microscopio semplice. Iconografo Vanghetti (vedi *Monitore zoologico italiano,* Firenze, anno IV, n. 7; 31 Agosto 1893). Ingrandimento 5 volte, *a* epitelio pavimentoso normale. Da *a* fino *c* superficie macroscopicamente erosa in parte rivestita da epitelio pavimentoso a pochi strati in parte da epitelio cilindrico, con numerose depressioni; *d* mucosa cervicale ectropizzata; *e* mucosa cervicale normale.

Fig. 12. — Passaggio sulla superficie esterna della portio — in vicinanza del fornice anteriore —, dell'epitelio pavimentoso a tre strati, all'epitelio pavimentoso in cui solo trovasi lo strato basale e il sotto strato profondo dello strato mediano. Hartnack e Prazmowski, Oc. 3, Obb. 4. Foglio all'altezza del tavolino. Camera lucida Koristka.

Fig. 13. — Tratto del labbro anteriore della portio vaginale di cui alla fig. 11, ricoperta da epitelio pavimentoso a pochi strati sovrapposti, limitato da epitelio pavimentoso normale tanto verso l'alto quanto verso il basso. Microscopio semplice. Ingrandimento 20 volte. Camera lucida Koristka.

Fig. 14. — Passaggio sulla superficie appar. erosa del labbro anteriore dell'epitelio pavimentoso a pochi strati all'epitelio cilindrico prima ancora di giungere alla mucosa endocervicale ectropizzata. Hartnack e Prazmowski, Oc. 3, Obb. 4. Foglio posto 8 cm. al disopra dell'altezza del tavolino. Cam. lucida Koristka.

Fig. 15. — Depressione esistente sul labbro anteriore. Vedesi il rivestimento epiteliare cilindrico. La cavità si va però riempiendo di elem. cellulari. Da un lato un piccolo spazio chiaro. La figura corrisponde a un punto lontano dal fornice anteriore dove alla superficie avevasi solo epitelio cilindrico. Hartnack e Prazmowski, Oc. 3, Obb. 7. Foglio 8 cm. sopra il livello del tavolino. Cam. lucida Koristka.

Fig. 16. — Altra depressione in vicinanza alla precedente. Essa è riempita in parte da elementi cellulari. L'epitelio cilindrico di un lato continuasi collo strato più profondo basale dell'epitelio pavimentoso dell'altro lato. Nel tratto prominente tra due depressioni ben distinto è l'epitelio cilindrico. Hartnack e Prazmowski, Oc. 3, Obb. 4. Camera lucida Koristka. Foglio 8 cm. al disopra del tavolino del microscopio.

TAVOLA II.

Fig. 17. — Rete elastica sotto-mucosa del labbro anteriore in vicinanza del fornice. L'epitelio qui era molto spesso (a tre strati). Nella figura l'epitelio non è disegnato completamente. Hartnack e Prazmowski, Oc. 3, Obb. 8. Foglio 6 cm. al disopra del tavolino microscopico. Camera lucida Koristka.

Fig. 18. — Labbro posteriore della portio di una neonata a sviluppo ottimestre. Erosione congenita di Fischel. Iconografo Vanghetti. Microscopio semplice Koristka. Ingrandimento 7 volte. *a* epitelio pavimentoso normale del fornice; *b* epitelio pavimentoso a pochi strati con numerose insenature; in *c* le insenature sono ricoperte completamente da epitelio cilindrico; da *c* a *d* mucosa cervicale ectropizzata; *e* mucosa endocervicale normale.

Fig. 19. — Superficie esterna della portio apparentemente erosa rivestita da epitelio pavimentoso a pochi strati di cellule con numerose insenature. Hartnack e Prazmowski, Oc. 3, Obb. 4. Iconografo Vanghetti.

Fig. 20. — Fondo cieco di una insenatura ricoperto da epitelio pavimentoso a pochi strati di cellule in cui vedonsi nello spessore dell'epitelio stesso due spazî chiari uno dei quali ricoperto da parecchi strati di cellule l'altro invece da cellule disposte in un solo strato. Stativo Zeiss, Oc. 3. Immersione omogenea 1|12 Koristka. Iconografo Vanghetti.

TAVOLA III.

Fig. 21. — Sezione sagittale completa della porzione vaginale dell'utero di una bambina di 19 mesi e 1|2. Ectropion anatomico congenito del Fischel. *a* parete vaginale; *b-b'* superficie esterna della portio ricoperta da epitelio pavimentoso; *c* limite esterno sul labbro anteriore e *c'* sul posteriore della mucosa cervicale ectropizzata. Il canale cervicale è visibile nella sezione solo per il suo tratto inferiore. Microscopio semplice Koristka. Iconografo Vanghetti. Ingrandimento 7 volte.

Fig. 22. — Limite tra la superficie ricoperta da epitelio pavimentoso della portio di cui alla fig. 21 e quella cervicale ectropizzata. Hartnack e Prazmowski, Oc. 3, Obb. 4. Foglio a 8 cm. al disopra dell'altezza del tavol. Camera lucida Koristka.

Fig. 23. — Mucosa cervicale colle caratteristiche ghiandole a palco di cervo in vicinanza al limite di cui alla fig. 21. Hartnack e Prazmowski, Oc. 3, Obb. 4. Camera lucida. Foglio a 8 cm. al disopra del tavolino.

Fig. 24. — Porzioni vaginali dell'utero didelfo di una coniglia adulta ed estremo superiore della vagina. Sezione trasversale all'asse utero-vaginale. Microscopio semplice Koristka. Ingrandimento 8 volte.

Fig. 25. — Mucosa della superficie esterna della portio *(p)* e della parte più alta della vagina (*v*) di una coniglia adulta (vedi fig. 24 *a*). Il punto della vagina colpito dalla sezione microscopica corrisponde alla regione più alta (prossimale), in vicinanza del cul di sacco dei fornici.

Fig. 26. — Sezione sagittale del canale utero-vaginale di una gatta neonata. Microscopio semplice Koristka. Iconografo Vanghetti.

Fig. 27. — Sporgenza della portio (vedi fig. 26) a maggiore ingrandimento (Oc. 3, Obb. 4. Hartnack e Prazmowski). Iconografo Vanghetti.

Lit. F. Zafferri Parma.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS
-3 MAY 97
EDINBURGH

Lit. F. Zafferri - Parma

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-5 MAY 97
LIBRARY

Tav. III.

Lit. F. Zaferri - Parma

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
3 MAY 97
LIBRARY

I SETTI TRASVERSALI DELLA VAGINA

SOTTO IL RAPPORTO DELLA ORIGINE CONGENITA, DELLA PROIEZIONE VAGINALE E DELLA IMPORTANZA OSTETRICA

STUDIO CLINICO-SPERIMENTALE

PEL

Dott. CARLO FERRARESI

(Continuazione, vedi pagina 151).

Spaccati di bacini fetali.

1.° F. Ahlfeld. « Lehrbuch d. Geburts. z. wiss. u. prak. Ausb. » Leipzig, 1894, Grunow. — Rappresenta a pag. 42 (fig. 40) un preparato di feto maturo, entro l'utero, in sezione antero-posteriore mediana. Vescica vuota, retto disteso, il canale genitale sorpassa il pube, leggermente curvo in avanti pel breve utero, mentre la vagina è un po' concava in addietro, comincia con fornici marcati (più alto il posteriore, quasi a livello dello stretto superiore) e si prolunga notevolmente in basso e in avanti colle parti molli che protrudono ampiamente dall'uscita pelvica. La distensione straordinaria del retto che occupa la massima parte dello scavo ha provocato certamente una anteposizione della vagina, trovandosi questa avvicinata al pube oltre i limiti ordinarii del feto. Così la vagina è inclinata anteriormente, formando un angolo posteriore col diametro coccipubico di 92° (col metodo di Testut, cioè tirando l'asse pei due estremi della vagina: 97°).

2.° Dott. Oscar Shaeffer. « Anatomischer Atlas des geburtsh. Diagnostik u. Therapie. » München, Lehmann, 1894. Fig. 17 (Sagittalsschnitt d. d. foetale Beken, etc.). — È interessante questa figura per i rapporti degli organi colle pareti laterali della pelvi che risultano dal disegno. Vescica vuota e alta sul pube, retto moderatamente disteso come trovasi ordinariamente nei feti esaminati, tantochè può ritenersi di aver da fare con una situazione normale del canal genitale. Questo sorpassa il livello della vescica, mentre il fondo uterino è appena più alto della linea promonto-pubica (promontorio bene accennato e sacro incurvato), l'utero fa un angolo anteriore ottuso colla vagina che ha pieghe manifeste e tocca coll'estremo superiore il centro dello scavo,

di cui percorre sensibilmente l'asse, per portarsi oltre la linea coccipubica per circa una metà di sua lunghezza, insieme alle parti molli al solito sporgenti. È l'unico bacino in cui l'inclinazione sia marcatamente posteriore, esattamente 80°, forse per la forma molto matura del sacro. La porzione intrapelvica della vagina corrisponde al limite inferiore e posteriore del foro ovale.

3.° Breisky, l. c. Fig. 1, p. 2. « Sagitt. Beckendurschnitt eines 3 monats. weibl. fötus, ohne andentung einer portio vag. » — In questo feto trimestre, il sacro decorre pressochè parallelo al pube, senza accenno di promontorio, le parti molli sporgono sensibilmente dal bacino, in basso, la vescica sorpassa grandemente il pube, mentre una linea curva a concavità anteriore, più vicina al pube che al sacro, e tanto più deviante dall' asse quanto più si porta in basso (vagina futura) segna la direzione del canale genitale. I rapporti di questa linea vaginale sono presso a poco quelli di feti più maturi; non è dunque sempre vero che quanto più il feto avanza in età, tanto più il canal genitale si venga ad allontanare dal pube. Un altro fattore di posizione, mal considerato, in questi casi è forse il retto disteso. Del resto il disegno è un po' rozzo, come gli altri di questo importante lavoro. La inclinazione anteriore misura 86°, quindi posteriormente un angolo ottuso di 94°. Breisky trae da I. Müller una figura rappresentante gli organi urogenitali alla fine del 3.° mese (fig. 2, p. 2. « Der aditus urogenitalis mit Scheide und Gebärmutter bei einem menschlichem Frucht »). L'aditus è brevissimo e la vagina futura segue divergendo in alto la direzione della vescica e uretra.

4.° Ibid. Nach Dohrn. Fig. 3, p. 3. « Embryo von 24 cm. Lange, 19-20 Wochen alt. » — È uno spaccato sagittale, ingrandito, di feto al 5.° mese. Manca il sacro. Sopra il pube si innalza la vescica che comincia a livello del suo margine superiore; l'uretra è parallela al pube, s' incurva in basso: la vagina segue, accentuandola, questa direzione e l' utero si volge leggermente in avanti. La sommità della vagina corrisponde a metà altezza del pube. Il retto è disteso. Manca ogni elemento per assumere la inclinazione vaginale.

5.° Ibid. Fig. 4. « Fötus aus der 16-17 Woche vor Entwicklung des Hymens. » — Ho approfittato di questa figura che ha per iscopo di presentare lo stadio di sviluppo dei genitali, precedente alla comparsa dell' imene, per lo studio della direzione della vagina alla entrata del 5.° mese. Retto disteso, canale utero-vaginale quasi verticale e del tutto anteposto all' asse pelvico; però l' inclinazione posteriore è ancora 84°. L'estremo superiore della vagina è circa a livello del margine superiore del pube, ma è poco estesa in basso, il retto discende assai di più.

6.° Esmark. « Krankeiten des Mastdarms (p. 17, fig. 15). Medianschnitt der Beckengegend eines weiblichen neugeborenes Kindes. » — E il taglio sagittale di una pelvi di neonata in figura che, per buona parte, appare schematica. Non è disteso l'intestino. Il canal genitale coincide esattamente coll'asse pelvico. La vagina è contenuta nella pelvi solo per un terzo, come nell'adulta. L'inclinazione massima raggiungerebbe 69°; l'asse vaginale però fu raccolto come insegna Testut, per essere la vagina curva per tutta la sua estensione.

7.° Dott. A. Braas. « Atlante di embriologia e di anat. topogr. dell'uomo. » Trad. Bertelli, tavola XVI, fig. 6. — Taglio mediano ingrandito attraverso il bacino di un feto di 5 mesi. Il sacro è molto più inclinato verso il pube, che nei comuni bacini fetali. La vescica presenta un vano di qualche estensione, retto moderatamente disteso. L'utero ha subìto una leggera lateroversione sinistra ed occupa sensibilmente l'asse della parte alta del catino: l'orificio esterno è segnato un poco sopra il livello del pube (essendo situato orizzontalmente l'egresso pelvico). Il resto del canale genitale è contenuto per circa una metà entro la pelvi, e può dirsi che tutto il canal genitale sorpassa in uguale misura in alto che in basso, la sinfisi. L'inclinazione vaginale misurata con una retta che passa per gli estremi del canale, è anteriore, l'angolo posteriore è 93°. Sono ben marcate le sezioni dell'aorta, di una vena iliaca e della corda dorsale davanti ai corpi vertebrali.

8.° Ibid. — La stessa figura maggiormente ingrandita, dove è riconoscibile il confine tra vagina e utero, per una piega trasversale assai debole, del resto l'utero ha ancora pareti membranose. La linea della vagina presenta una curva meno regolare, per la sua porzione inferiore quasi retta: ha una dilatazione inferiore che termina all'imene, al disotto del quale si nota uno spazio quadrangolare comune all'apertura vaginale e uretrale, che l'autore denomina seno urogenitale con pieghe longitudinali marcate.

9.° *Appartenente all'Autore.* « Taglio antero-posteriore mediano di pelvi di feto settimestre. » (V. fig. 1, tav. I). — Si tratta di un feto anencefalico di 7 mesi compiuti, partorito da Ipara giovane. Non offriva altre anomalie apprezzabili: mantenuto per un anno circa nel liquido di Müller, previe opportune incisioni, e nell'ordinario atteggiamento, a testa in basso, potè essere sezionato facilmente e regolarmente lungo una linea mediana antero-posteriore segnata sulla cute per tutta la parte inferiore del tronco. Il bacino infatti è colto esattamente nel suo mezzo; le parti dure e molli sono divise come in un taglio di pezzo congelato. Il sacro, come appare dalla figura, accenna appena ad una curva verso il basso, il promontorio non è limitato. Il retto è disteso da meconio ispessito. Vescica non molto alta sul pube, ma visibile nella sua cavità

si continua in direzione pressochè rettilinea fino all'uretra, molto in basso, incurvandosi allora notevolmente per portarsi davanti al pube. L'utero sorpassa il livello della vescica, ma è appena compreso nel collo dal taglio mediano, perchè sensibilmente deviato a destra, anche la vagina è spostata verso destra e avanti (retto disteso). La direzione della vagina è rettilinea per tutto il decorso intrapelvico, e avvicinata notevolmente al pube, in avanti dell'asse pelvico, anch'esso rettilineo, fino al leggero incurvamento sacrale. All'uscita, propriamente a livello del coccige, si incurva rapidamente in avanti, per terminare sotto l'uretra (da cui diverge tanto più, quanto maggiormente si allontana dall'uscita pelvica), entro un *aditus urogenitalis* ricco di pieghe longitudinali. Il perineo è assai stretto e pressochè quadrangolare: il retto diverge dalla vagina, però, come nella adulta. Solita sporgenza e proiezioni delle parti molli dall'uscita pelvica, ma la vagina interseca la linea coccipubica nel limite fra terzo inferiore e medio della propria lunghezza. Come fu detto la curva vaginale è assai poco regolare, essa offre analogia con la lettera L, letta a rovescio; per la misura della inclinazione fu dunque tenuto conto sopratutto della direzione percorsa dal maggior tratto, questa offre una notevole inclinazione anteriore: 58°, residuando un angolo posteriore ottuso, di 122°. Chi volesse, come Testut, calcolare come asse vaginale la retta condotta per gli estremi della vagina, otterrebbe senza dubbio una inclinazione vaginale esagerata, perchè stando le curve dette, la corda dell'arco verrebbe a trovarsi troppo lontana in questi casi dall'asse reale, che è la linea più approssimata alla risultante delle varie direzioni dei singoli tratti della vagina.

10.° I. Veit. « Anatomie und Physiologie der weiblichen Beckenorgane. » (In: « Handbuch der Geburtsh. » I Bd., Stuttgart, 1888, di P. Müller, p. 101, fig. 22). — È un taglio di bacino di neonato congelato. Con molta evidenza sono rappresentati vestibolo e vagina. Pare sia una metà sinistra (la direzione della figura non è un criterio certo a questo proposito, perchè nel trasporto su mezzo trasparente, può facilmente essere invertita) non completa, perchè il sacro termina troppo presto, e così manca l'ano. Il retto non è disteso ed è concavo verso la vagina. L'utero comincia al centro dello scavo e il suo fondo rimonta insieme colla vescica, di molto il livello del pube. La vagina è dritta, continua senza incurvarsi, coll'asse dello scavo, deviandone appena in basso, verso l'avanti, e costantemente parallela all'uretra. Le pareti di questa vagina, a pieghe assai appariscenti, sono divaricate. La inclinazione posteriore di 62° calcolata sopra una linea pelvica probabilmente più altolocata di quella coccipubica, è certamente esagerata. In ogni caso però deve ammettersi che lo scarso volume e la concavità del retto contribuiscono ad aumentare l'inclinazione posteriore, come le condizioni opposte la diminuiscono.

Spaccati di bacini adulti (antero-posteriori).

11.° A. Braas, citato. Tav. XIII, fig. 12. — Vescica e retto moderatamente distesi. L'utero è, senza toccare il piano dello stretto superiore, in modica retroversione, facendo angolo ottuso colla vagina che comincia alla parte bassa dello scavo di bacino normale, di cui segue l'asse, e, con leggera obliquità anteriore termina rimanendo tagliata a metà dalla linea coccipubica. La vagina è divaricata alquanto in basso. Così sarebbe contenuta oltre metà nella pelvi, ma non vien ricordata affatto l'origine di questa figura.

12.° Braune und Zweifel. « Gefriedurschnitte. » Leipzig, 1890. Taf. XI, Ab. 2. — Sono rappresentati gli organi sottostanti allo stretto inferiore. Il retto è disceso assai più basso che la vagina e uretra, diretto però normalmente in addietro, il perineo allungato nella stessa direzione. La vagina pressochè parallela all'uretra, incontra la linea coccipubica con una inclinazione posteriore di 30°. Allo spostamento così notevole del setto deve aver contribuito anche l'appiattimento delle natiche, durante il congelamento (giacitura dorsale?).

13.° Breisky, l. c. « Sagittaler Beckendurschnitt (nach einer der Strassburger Gynäck. Klinik gehor Zeichnung). » Präparat von Prof. Waldeyer, fig. 6, p. 5. — Sacro di adulta, fortemente incurvato nella parte bassa, come nella pelvi rachitica, vescica e retto moderatamente distesi, l'utero è deviato leggermente indietro dell'asse pelvico, e la vagina, percorso, per un breve tratto superiore, l'asse di uscita, si rivolge in basso formando una debole concavità posteriore. Perciò si misura alla maniera di Testut risultando una inclinazione posteriore di 40° sulla linea coccipubica, dalla quale è intersecata sopra la sua metà.

14.° I. Veit, l. c., S. 97, fig. 30. — La vagina è spostata sensibilmente in avanti (retto disteso) e rettilinea. Raggiunge con leggiera obliquità lo stretto inferiore, verso l'avanti, e rimane intersecata dalla linea coccipubica circa a metà. Il vestibolo termina più in basso del retto e l'angolo anteriore del perineo si trova oltre il prolungamento dell'asse verticale della sezione della sinfisi. Inclinazione posteriore 72°.

15.° Fuerst. Dal « Manuale di ginecologia » di Hart e Barbour. Trad. Sisca, 1887, fig. 34, p. 40. — Sezione verticale mediana della pelvi della donna con la vescica in forma di Y. Retto non disteso. Vagina al fondo della pelvi, pressochè rettilinea, obliqua verso l'avanti, intersecata dalla linea coccipubica poco più in alto della sua metà sotto una inclinazione posteriore di 37°. E quasi parallela al piano dello stretto superiore.

16.° Braune. Ibid. — Sezione verticale mediana del pavimento della pelvi, con la vescica contratta, in una donna suicida. Fig. 35, p. 41. Vagina meno obliqua che nel caso precedente, direzione rettilinea addirittura, continuata col fornice posteriore. Il labbro uterino anteriore raggiunge la metà della lunghezza di tutta la parete posteriore vaginale. Tutto il tratto vaginale dal punto di contatto dell'orificio uterino esterno colla parete posteriore è al disotto della linea coccipubica (colla quale coincide l'orificio), dunque è fuori dello scavo. Anche il labbro uterino anteriore si trova sotto lo stretto inferiore e l'utero è in leggera retroflessione (più basso del normale). L'inclinazione posteriore misura 54°.

17.° Heitzmann. Ibid., fig. 39. — In sezione gelata, a retto vuoto e vescica retratta, si osserva la vagina a curva sigmoidea appena accennata, un po' convessa in avanti, contenuta per il terzo superiore sopra la linea coccipubica. Mentre la linea della cavità uterina segue il tratto di asse pelvico corrispondente al suo livello, la vagina è inclinata posteriormente di 27°. Diverge dalla coniugata vera, in avanti, per un angolo di 20°.

18.° Hart. Ibid., fig. 40. — Presenta la figura di un preparato all'alcool in un caso di aderenze posteriori dell'utero. La vagina è tutta contenuta nello scavo, ad eccezione del 1[5 inferiore. Con una inclinazione posteriore di 38°, manca ogni parallelismo collo stretto superiore, giacchè ne diverge in avanti sotto un angolo di 6°.

19. Pirogoff. Ibid., fig. 44. — La sezione presenta i rapporti della vagina a vescica distesa. La vagina è spostata indietro con l'utero, intersecata dalla linea coccipubica circa alla sua metà. Inclinazione vaginale posteriore 40°. Oltrepassa il parallelismo collo stretto superiore, divergendo, da esso, in addietro, di 15°.

20.° Kolrausch. « Zur Anatomie und Physiologie der Beckenorgane nebst naturgetren. Abbild. d. Längdurschnitte d. mannl. u. weiblichen Becken, » 1854. — È la figura della sezione sovraricordata di preparato all'alcool. Essa può servire puramente a indicare i rapporti del canal genitale a vescica e retto distesi, e giustamente osserva Casini (1) che l'utero è un po' grosso perchè mestruante. La vagina è per 2[3 contenuta nello scavo e inclinata posteriormente di 60°.

21.° e 22.° Schultze. In: Hart e Barbour, l. c., p. 27 e 34, fig. 50 e 57. — Da figure ricavate col suo metodo al quale si fece appunto di aver esagerato la inclinazione anteriore dell'utero. La vagina non è

---

(1) M. Casini, l. c.

parallela allo stretto superiore in nessuno dei casi. Nella fig. 50, è inclinata posteriormente di 29° (caso appartenente a vergine) e diverge dallo stretto superiore, in addietro, di 16°. Nella fig. 57, inclinazione posteriore 23°, maggiore divergenza collo stretto superiore (25°). Essendo sempre vescica e retto vuoti, nel caso di vergine la vagina sarebbe contenuta per minor parte entro lo scavo (nell' altro è contenuta per almeno 3[4 della sua lunghezza), ciò contro la norma.

23.° Mario Casini, l. c. — Ha ricercato sopra 116 cadaveri di varia età la posizione fisiologica dell'utero, mediante tagli previo indurimento con mezzi chimici. Nei disegni di spaccati sagittali, la vagina appare divaricata. Essa sarebbe quasi tutta fuori dello scavo.

24.° e 25.° Testut, l. c. (p. 235 e 264, fig. 139 e 162). — La fig. 139. rappresenta la sezione mediana antero-posteriore di un cadavere congelato di donna di 28 anni. L'utero è mantenuto in retroversione da alcune anse intestinali distese. Vescica mediocremente distesa. La vagina è rettilinea fino a livello del labbro anteriore uterino, e per più che metà di sua lunghezza contenuta entro la pelvi. Inclinazione posteriore sulla linea coccipubica 71°. La stessa sezione è rappresentata dopo la liquefazione in un bagno, pel quale, le anse intestinali essendo risalite alla superfice del liquido, l'utero ha abbandonato la sua sede forzata. Un effetto più notevole si è prodotto sulla vagina che, permanendo la distensione della vescica, è discesa pressochè tutta fuori dello scavo, inclinandosi maggiormente in addietro (53°). La fig. 160 dà lo spaccato incompleto, sagittale, del bacino di una vergine di 24 anni. La vagina è rettilinea, intersecata dalla linea coccipubica al limite tra il suo terzo medio e il superiore. La linea detta è ricostrutta in modo approssimativo, calcolando un angolo di 11° sopra la orizzontale, disegnata, e costituente col piano dello stretto superiore, pure disegnato un angolo di 60°. La orizzontale passa per il margine inferiore del pube e forma con l'asse vaginale un angolo posteriore di 65°, maggiore di 11° di quello formato dalla linea coccipubica.

26.° C. Ruge (V. A. Martin, citato a p. 6, fig. 5). — È la figura di rilievo fatto nella clinica di Schroeder e accettato da Martin come il più sicuro rispetto alla posizione fisiologica dell'utero. Questo è in antiflessione, poco al disopra della linea coccipubica che interseca la vagina, rimanendone 1[6 al disopra con un angolo posteriore di 28°. Non raggiunge il parallelismo collo stretto superiore divergendo in dietro.

27.° I. Henle, op. cit., fig. 340, p. 446. « Mediandurschnitt des unter Theils d. Rumpfs, v. ein. gefror weiblich. Leiche. » — A vescica e retto moderatamente distesi, l'utero è in retroversione e tocca col labbro anteriore il piano dello stretto inferiore, così tutta la rimanente vagina è fuori dello scavo. Inclinazione posteriore 45°.

28.° e 29.° Piersol. In: *American text-book of obstetrics, etc.*, Philadelphia, W. B. Sanders, 1896. — A pag. 42, fig. 22 dà lo spaccato completo del bacino di adulta, dove la vagina è quasi tutta intrapelvica, con angolo di inclinazione così accentuato da sorpassare il parallelismo collo stretto superiore. La proiezione del pavimento pelvico è, intanto, poco notevole. È importante la curva della linea vaginale, a doppio S. A pag. 43, fig. 23 dà lo schema dei genitali e del contorno pelvico, dove la situazione della vagina è la stessa del caso precedente. L'A. dice che l'asse della vagina corrisponde in generale a quello pelvico. Esso accompagna quello dell'uretra in basso, quello del retto più in alto (divergendo ad angolo retto in basso). Sono disegnati anche i prolungamenti di questi assi.

Spaccati trasversali e coronali.

30.° e 33.° G. Calderini. (V. « Atti dell'XI Congresso med. Intern., » Roma, 1895, vol. V, p. 162). — Per cortese concessione dell'A. ho potuto rivedere le ottime tavole, inedite, da lui presentate al Congresso nella 3.ª Seduta (2 Aprile 1894), concernenti sezioni di bacini di donne in istato di maternità e di 3 bambine. Di queste ultime, oltre una sezione antero-posteriore (dove la vagina è per circa una metà contenuta entro la pelvi), ve ne sono una frontale e tre trasverse (ottenute col taglio previo congelamento e mantenute nell'alcool) per gli stretti (una passa pel coccige) e per lo scavo: la vagina è contenuta per buon tratto entro lo scavo. A livello del coccige si osserva l'H di Henle. Sopra sezioni trasverse del bacino di donna morta pochi giorni dopo un aborto (di 3 mesi) la vagina comincia a comparire nella parte stretta dello scavo.

34.° Ruedinger. « Topographisch-chirurg. Anat. des Menschen. » IV Abth. — Da uno spaccato trasversale del bacino a livello delle articolazioni coxo-femorali. La vagina vi compare come fessura trasversale, assai avvicinata al coccige. Dà pure una sezione coronale preparata col congelamento, a livello delle stesse articolazioni, ma dove non compare la vagina, invece all'altezza del margine superiore delle teste femorali si osserva il fondo uterino e in basso, la vulva. Il breve spazio concesso in senso verticale alla vagina, e occupato dalla vescica, dimostra una forte inclinazione della vagina stessa.

35.° e 36.° Farabeuf. (V. Tuffier-Levi. « Chutes a chalif., etc. » *Sémaine méd.*, 26 Juin 1895). — In due spaccati coronali, uno mediano in vergine, e uno attraverso le branche ischiopubiche, compare la vagina, nel primo caso completa, con un restringimento a livello dell'elevatore dell'ano. Nel secondo, ove è rappresentata solo la parte inferiore, la vagina appare come fessura, perchè compressa sui lati.

37.° J. Henle, op. cit., p. 457, fig. 347. — Da un taglio, parallelo alla parete pelvica anteriore, dei genitali di una ragazza. Entro l'arcata pubica compresa nel taglio appaiono la sezione della uretra e vagina con quella dei muscoli bulbo-cavernosi, ecc. L'H vaginale ha una corta branca trasversale. I singoli spaccati trasversali come i coronali sono meno importanti di quello mediano sagittale, rispetto ai rapporti della vagina coll'asse pelvico, ma costituiscono un utile controllo.

Spaccati sagittali di pelvi in istato di maternità.

38.° Braune. « Der mannl. u. weibl. Körp. im Sagittalschnitte. » Leipzig, 1872, Taf. II. — Presenta un taglio di gravida al principio del 3.° mese. A vescica e retto vuoti l'utero in leggera antiversione occupa i 2[3 anteriori dello scavo in sezione, sorpassando di poco lo stretto superiore. Della vagina il solo fornice posteriore è contenuto nello scavo, trovandosi l'orificio uterino al disotto della linea coccipubica, tutto il rimanente è fuori, posteriormente all'asse dello stretto inferiore con inclinazione di 60°. Notevolissima proiezione pelvica.

39.° Pinard et Varnier. « Étude d'anatomie obstétr. » Paris, 1892. Tab. XXIV. — L'utero gravido ha pressapoco il volume del caso precedente; è in antiflessione, a retto vuoto e vescica alla Schultze. Il canal cervicale offre una distinta cavità e per più che metà è sotto il piano dello stretto inferiore, mentre i fornici sono poco marcati. Così la vagina è tutta fuori della pelvi ossea e incontra l'asse cervicale sotto un angolo di 108°, essa è anche inclinata in senso opposto al normale, vale a dire, diverge indietro dalla linea coccipubica, perchè la concavità che riceve la portio vaginalis è più bassa dell'apertura vaginale. L'asse vaginale e la linea coccipubica prolungati s'incontrano molto al davanti del pube, sotto un angolo di 7°. Nel triangolo costituito dalle linee vaginale, cervicale, coccipubica, rimane dunque facile calcolare il terzo angolo (65°) della cervice colla linea coccipubica, che, essendo acuto, conferma la flessione uterina.

40.° Waldeyer. « Medianschnitt ein. Hochschwang. b. steisslage d. Fötus, etc. » Bonn, 1886. — Il collo uterino, chiuso, è a livello dello stretto inferiore. Il feto è in atteggiamento di flessione completa, colle natiche in basso. La vescica vuota, a livello del pube. La vagina un po' convessa in avanti è tutta fuori dello scavo con direzione pressochè verticale, con la linea coccipubica è inclinata di 77°, ma, questo rapporto non è da riguardarsi forse come normale, per un grave trauma subìto dal bacino.

41.° Braune. « Die lage des Uterus u. Fötus a. Ende d. Schwang. » Ibid., 1872, I.° caso. — Si tratta di una gravida a bacino ristretto con

associazione di un braccio al vertice. La terminazione incompleta del sacro nello spaccato, fa ritenere che il taglio non sia caduto sul piano antero-posteriore mediano, ma sulla metà destra; questo è confermato anche dalla mancanza dell'uretra, e tuttavia la direzione della vagina è segnata e approssimativamente può calcolarsi 50°. Pressochè tutta la vagina appare fuori della pelvi. Se vi è errore nel calcolo della inclinazione, esso è certamente per aumento, giacchè la linea coccipubica potendo trovarsi più bassa, non più alta, la inclinazione verrebbe ancora a diminuire, come è naturale in un vizio pelvico (per stiramento verso l'alto).

42.° F. Ahlfeld, op. cit., fig. 43, S. 59. — È lo spaccato sagittale di un bacino di primigravida, morta per lesione acuta in 4 ore tra la 28.ª e la 29.ª settimana. Vescica alla Schultze, porzione terminale del retto vuota. Corpo dell'utero in leggera flessione sul collo, che è deviato leggermente in avanti dell'asse pelvico, così il fornice anteriore riesce marcato quasi quanto il posteriore. Il canale cervicale è integro e l'orificio interno si trova a livello del piano mediano trasversale dello scavo. Con tuttociò la vagina dimostra aver subìto un certo stiramento verso l'alto, per essere più avvicinata al pube che al sacro, tutta in avanti dall'asse pelvico, è contenuta per 2[3 nello scavo. La proiezione del pavimento pelvico è mitissima. La vagina ha pareti divaricate, a pieghe accentuate, ed è assai breve. L'inclinazione vaginale posteriore misura 30°. (Vi è forte curvatura del sacro).

43.° Pestalozza. « Studî anatomici e clinici sull'utero in gravidanza e in travaglio. » Milano, 1890, tav. I. — Metà destra di tronco congelato di gravida a termine. Il taglio non è rigorosamente mediano (non comprende l'uretra). La vagina è molto divaricata in basso. La inclinazione vaginale è calcolata, assumendo con la possibile approssimazione una orizzontale e su questa elevando una linea coccipubica ad angolo normale. Allora risulta una inclinazione posteriore di 65°, e 1[5 di vagina entro lo scavo.

44.° Winter. (Da Veit-Müller, citati. II Bd., 1 Hälfte, S. 85, fig. 12. V. anche « Zwei Medianschnitte durch Gebärende. » Taf. IV). — Dà il taglio congelato di una partoriente Ipara, morta di eclampsia. Il taglio non è rigorosamente mediano come la forma delle sezioni pubica e sacrale dimostrano (così la mancanza d'uretra, ecc.). È rappresentato il primo stadio (in un travaglio dichiaratosi prematuramente) di distacco centrale della placenta. Salvo grandi curvature o spostamenti di lato della vagina, la direzione di questa poco influenza può subìre dalla mancanza del taglio mediano, nel calcolo, ad eccezione del difetto nella linea coccipubica. Così la vagina può essere ritenuta come fuori della pelvi e situata orizzontalmente. Presso a poco sono ripetute le

condizioni del caso di Pinard e Varnier, può applicarsi dunque lo stesso triangolo cervico-vagino-coccipubico, risultando 108° di angolo vagino-cervicale, e 6° di inclinazione vaginale propria (anteriore).

45.° Schröder-Olshausen u. Veit. « Lehrbuch, etc. » Bonn, 1893, S. 164, fig. 51. — Taglio congelato di IVpara, sorpresa dalla morte al principio del periodo dilatante. Quantunque il taglio non sia mediano, tuttavia è presente tutta la vagina. Il feto è in presentazione di V. O. I. S. P. Il collo uterino sensibilmente accorciato e divaricato, è più basso, specialmente col labbro anteriore, dei limiti inferiori dello scavo, ed è in flessione sul corpo. La vagina continua la direzione debolmente obliqua del collo, è divaricata e assai breve, è dunque tutta fuori dello scavo, con proiezione pelvica assai accentuata. Però, diversamente dai casi precedenti, la inclinazione rimane posteriore: con prolungamenti sulla linea, approssimativamente, coccipubica, 17°, con la orizzontale 27°.

46.° Braune, op. cit., 2.° caso. — È il taglio, notissimo, di partoriente nel periodo espulsivo, frequentemente riportato nei trattati. Il vertice ha raggiunto il livello dello stretto inferiore, colla borsa ancora intatta, alla vulva. La vagina ha la forma della testa, nella sua porzione alta, e quella della borsa pressochè cilindrica in basso; in sommario è grossolanamente quella di un cono tronco, a base obliqua in alto, diretto un po' in avanti e il cui lato maggiore è naturalmente posteriore. L'asse di questo cono fa un angolo di 40° collo stretto inferiore, al disopra del quale esiste ancora per circa 1|5 della sua estensione, calcolando dall'orlo della bocca uterina (poco meno del reale). Quest'orlo fa colla linea dello stretto inferiore un angolo di 8°. La inclinazione vaginale varia certamente in grado sensibilissimo coi varii momenti del parto. La diminuzione ora osservata dimostra la tendenza al raddrizzamento.

47.° Champetier de Ribes Varnier. « Du detroit infér. » V. Ahlfeld cit. — Taglio sagittale di partoriente nel periodo espulsivo. La testa rotata con occipite in avanti, comincia a distendere la vulva. Bocca uterina discesa indietro fino sotto il coccige, in avanti anche più basso e visibile alla vulva. L'ano è stirato col perineo posteriore, a coccige retropulso, mentre il perineo anteriore disteso è opposto esattamente allo stretto inferiore. La vagina sottostante all'orlo uterino ha, colla vulva, la forma della testa non compresa dall'utero, quindi semisferoidale e tutta fuori della pelvi, il canal vulvare in preparazione ne forma i limiti inferiori. L'asse transitorio vaginale coincide presso a poco con il diametro massimo della testa e cade sul piano del nuovo stretto inferiore con un' inclinazione posteriore di circa 50°.

48.° G. Inverardi. « Il meccanismo del parto nelle presentazioni cefaliche e nella podalica » Collez. Ital., ecc. Ser. IV, N. 11, fig. 16,

pag. 50. — Sezione mediana antero-posteriore di una cavità pelvica normale, col perineo a distensione completa. Quantunque questo spaccato importantissimo sia il prodotto di un parto in tutto artificiale, senza particolare considerazione della vagina, è certo che induce maggiore precisione all'apprezzamento dei risultati dei spaccati naturali dei genitali canalizzati nel parto. L'asse vaginale percorso dal centro di figura della parte presentata è tracciato e compreso nella spezzata che designa l'asse pelvigenitale. Esso può considerarsi limitato in basso dal principio dell'asse vulvare appartenente ad un canale fornito, in massima parte, dall'apparecchio vulvare. L'asse anteischiatico e parte di quello sottopubico rappresentano certamente, nel modo il più corretto, la linea spezzata dell'asse vaginale, tale da accettarsi come schema dell'asse normale della vagina nel parto pel vertice. La linea coccipubica che deve cominciare dall'angolo inferiore posteriore della figura quadrangolare, tratteggiata, termina indietro ad un punto oscillante, entro brevi limiti, attorno all'incontro dell'asse pelvico prolungato colla parete vaginale, sempre posteriore alla terminazione del piano che passa per le branche ischiopubiche. Allora risulta approssimativamente per l'asse della vagina inferiore (anteischiatico) un angolo di 70° a 80°, da prendere come media, perchè appartenente alla porzione di vagina più libera dalle pareti pelviche (fuori degli ischii), e meno inclinato di quello della vagina superiore (sottopubico) che è diretto maggiormente verso l'alto. Confrontando col caso precedente la inclinazione vaginale risulta maggiore in quello, dove i criterii che hanno servito alla costruzione dell'asse furono differenti, perchè non fu distinta una sezione vulvare. Separando quest'ultima (insieme coll'utero che discende alla vulva) la inclinazione diventa uguale, e inoltre i prolungamenti dell'asse toccano, in avanti, un punto contenuto entro la 3.ª e 4.ª vertebra sacrale, come nei diagrammi di Inverardi, a significare quanto i fatti sperimentali siano stati avvicinati a quelli naturali.

49.° Ahlfeld, op. cit., S. 154, fig. 108. — Da un preparato di genitali di puerpera con l'utero assai grosso e alto sul pube e antiflesso, a vescica e retto vuoti, il collo diretto verso il basso e in avanti, ma assai vicino al sacro. La vagina, divaricata ampiamente, ha figura conica con base alla vulva, e leggermente obliqua sul piano che essa incontra circa alla sua metà, le pareti quasi rette e l'uretra pare terminare nella parete anteriore. Prendendo il mezzo degli estremi della vagina è fatto l'asse che presenta una inclinazione posteriore di 50°.

50.° Pestalozza, l. c., tav. IX. — Nel taglio esattamente mediano del tronco di donna morta nel periodo del secondamento di parto gemellare, a retto e vescica vuoti, utero leggermente flesso in avanti, il labbro anteriore tocca addirittura la linea coccipubica. La vagina, pres-

sochè retta, seguita e accentua la direzione obliqua del collo, con una inclinazione posteriore di 62°. Essa è breve e trovasi appena per 1[4 contenuta nello scavo. È attraversata come il collo, dai due cordoni ombellicali.

51.° Tibone. « Tavole omolografiche sulla placenta previa, preparate sopra il cadavere completo di donna morta in travaglio di parto per metrorragia. » Torino, 1894. — La vagina è compresa per intero nella prima tavola di questo atlante, condotto con accuratezza e disegnato da medici. Il retto è disteso, la vescica vuota ad Y. Il canale cervicale è scomparso e occupato da placenta, la bocca diretta leggermente in addietro e poco al disopra (2 cm., pel tratto posteriore più alto) del piano dello stretto inferiore. La vagina leggermente obliqua in avanti, è contenuta per meno che 1[4 della sua lunghezza entro la pelvi. Ha le pareti divaricate da coaguli sanguigni, e di forma ineguale, ma, complessivamente, convesse in avanti (retto disteso). Perciò la vagina assume due assi, dei quali il superiore fa un angolo di inclinazione pari a 52°, l'inferiore circa di 80°, entrambi in addietro colla linea coccipubica.

52.° Ribemont Dessaignes et Lepage, op. cit., p. 326, fig. 188. — Questa sezione gelata di partoriente (alla metà del IX mese) all'inizio del travaglio, trova riscontro in quella di Schröder-Olshausen e Veit, per la obliquità dell'asse vaginale, anche qui accentuata. Però il travaglio è senza dubbio più avanzato, giacchè il collo è disfatto anche in avanti. L'utero è anche più alto e contenuto al disopra dello stretto inferiore, come nel caso di Tibone; così anche il tratto superiore (1[3 circa) della vagina, che non è divaricata e con retto e vescica vuoti. La vagina costituisce una convessità in avanti, la sua obliquità può calcolarsi ad un angolo di 25° circa all'indietro.

53.° Stratz. *Zeitschrift f. Geb, u. Gyn.*, Bd. 13, Taf. 8. — Dimostra l'antiflessione dell'utero puerperale. A vescica e retto vuoti, il collo fortemente flesso col corpo è addossato al sacro. La vagina rettilinea e contenuta per massima parte nello scavo, si dirige in avanti con un angolo di 45° posteriore.

54.° G. Calderini, l. c. — Taglio antero-posteriore di puerpera. Dopo alcune ore dal parto (prematuro all'8.° mese) la vagina si trova in massima parte fuori della pelvi.

Avanti di concludere sopra l'esame dei tracciati (che mi sono stati accessibili e restando pur troppo lacune anche di atlanti italiani), debbo ritornare sopra il metodo di misurazione dell'inclinazione vaginale di Testut che, com'è noto, la riferisce all'orizzontale sottopubica, confron-

tando pure l'asse vaginale (considerato come una retta unica) colla linea dello stretto superiore, per il quasi parallelismo che assume con quest' ultima. Senza negare importanza ai rapporti dell'asse vaginale con simili piani, è certo che colle misure di Testut si hanno più facili riferimenti allo stretto superiore che all'inferiore. Però io debbo far rilevare che nei rapporti normali, la vagina è, almeno, lontana dallo stretto superiore col quale ha molto minore relazione che non avrebbe ad es. l'utero. Con la linea orizzontale viene stabilito un rapporto che ha importanza quasi esclusiva colla stazione eretta, ed è pressochè indipendente dal corpo. A me pare invece che debba sopratutto tenersi conto dei rapporti collo stretto inferiore col quale in modo più naturale si connette la vagina, che non col superiore.

Lo stretto di uscita offre punti di riscontro numerosi e resi molto evidenti nel diagramma citato di Piersol, dove al contorno di una metà della pelvi ossea, è sovrapposta la figura della vagina. Quantunque sia forse eccessiva la porzione intrapelvica della vagina (quasi tutta la vagina è al disopra della linea coccipubica), può riconoscersi che la vôlta vaginale cade per buona parte nel vano sacro-ischiatico e precisamente a livello dei legamenti, nel suo tratto più elevato. Non ostante la variabilità dei rapporti colla vagina, è questo lo stretto più importante per la vagina anche praticamente, come la parete, in buona parte solida, che circonda la vagina a differenti altezze, nelle più svariate posizioni del corpo, e sopratutto, ha interesse nel parto.

In condizioni normali, è solo nella vita fetale che può venire in seria considerazione lo stretto superiore o, meglio, la zona più elevata della pelvi. Questo è facile a riconoscere dai tracciati e già il nostro Verga (1) vi aveva accennato, impiantando spilli nella massa degli organi pelvici, a livello del margine superiore del pube e rilevando così l' alto livello della vagina nella prima età. Analoghe considerazioni a quelle fatte sulla orizzontale di Testut, dovrebbero portarsi sulla verticale di Charpy, cui è riferita secondo quest'autore citato, la inclinazione vaginale. Del resto fatto il calcolo per una delle due direzioni, risulta necessariamente a priori quanto basta per l'altra. L'inclinazione normale di 15° ammessa da Charpy, colla verticale, corrisponde a 75°

---

(1) Andrea Verga. « Appunti sulle parti genitali interne delle fetine e neonate ecc. » Rendiconti dell'Istituto Lombardo, adunanza 17 Aprile 1884, Mem. 15, Ser. 3.

colla orizzontale, e da questa calcolando la linea coccipubica (con la sottrazione di 11°), si ha 64°. Dunque per Charpy corrisponde a 64° l'inclinazione normale vaginale. Venendo ai casi di inclinazione deficente, 30° sulla verticale corrispondono a 60° sulla orizzontale (49° collo stretto inferiore) costituendo un preciso parallelismo collo stretto superiore, per alcuni (Hart, Barbour, ecc.) normale. Dove già a quest'ora possono essere respinte le sue conclusioni, si è per quanto riguarda rapporti così stretti della inclinazione pubica colla vaginale. Dichiarando pure di non potere incalzare il problema fino ai suoi ultimi termini, con i mezzi finora disposti, ho tuttavia da ricordare le vedute sul diverso concetto che importa un simile rapporto nella vita fetale e nell'adulta. Cioè fu rilevato che i rapporti della vagina col pube e organi retropubici sono più stretti nel feto che in altre età e se anche in queste ultime deve ammettersi un nesso pel quale l'una inclinazione (vaginale) può seguire l'altra (pubica), occorre però far posto ad altri fattori, meno importanti nella vita fetale e che vengono a complicare il problema. Già pei risultati delle osservazioni fatte sui tracciati può concludersi che tale rapporto non è costante. È tempo ormai di definire il metodo di ricerca della inclinazione vaginale con uno dei due stretti, quando sia nota quella con lo stretto rimanente.

Misurazione delle inclinazioni vaginali.

La inclinazione della vagina assumendo l'asse vaginale nei modi già indicati e calcolando l'angolo formato colla linea coccipubica è riferita dunque a due elementi fissi, gli stretti pelvici, piuttosto che all'orizzonte, quantità quest'ultima che si può sempre ricavare, data la misura della inclinazione pelvica. Per le ragioni esposte sono i rapporti dello stretto inferiore, perchè più intimi e diretti, che interessano. Secondo i dati più recenti dell'anatomia topografica del bacino femminile, anche l'utero viene a trovarsi in rapporti collo stretto inferiore, che un tempo non si sarebbero neppure immaginati. La inclinazione più frequente, come risulta dai diagrammi è posteriore, qualche volta anteriore. La inclinazione rispetto allo stretto superiore, può essere utile tuttavia a riconoscersi a vagina alta, e avendo alcuni autori affermato un parallelismo frequente o costante collo stretto di ingresso. Ma non è assolutamente necessario ritornare ai metodi grafici per avere

un valore approssimativo, poichè data la misura della inclinazione sullo stretto inferiore e il valore della inclinazione degli stretti fra loro, dee risultare necessariamente anche la inclinazione sullo stretto superiore. Secondo la fig. 2.ª, Tav. I, vien dimostrato facilmente che essendo l'angolo A noto, perchè opposto e compreso tra le stesse linee (la piena rappresentante la direzione della vagina e la sottile o diametro coccipubico) dell'angolo rappresentante la inclinazione vaginale, e l'angolo B noto pure perchè complementare dell'angolo di inclinazione degli stretti, deve risultare il valore di x o terzo angolo del triangolo formato colla linea coccipubica, dalla direzione della vagina e dalla coniugata prolungate fino ad incontrarsi. Questo triangolo è costituito necessariamente ogni volta che l'inclinazione è inferiore al parallelismo collo stretto superiore, caso che i tracciati hanno dimostrato il più frequente. Se vi fosse parallelismo della direzione vaginale collo stretto superiore, allora non sarebbe più possibile il triangolo e l'angolo di inclinazione vaginale sarebbe uguale a quello d'incontro degli stretti, perchè posti su parallele, dallo stesso lato. Ritornando al caso più frequente, essendo B complementare dell'angolo degli stretti, ossia differenza di quest'ultimo con 180°, e l'angolo degli stretti potendo assumere con approssimazione un valore medio costante, ad esempio 49°, fuori del parto, la differenza in discorso sarà pari a 131°. Dunque B misura 131°. Il terzo angolo x sarà naturalmente uguale al risultato della sottrazione di $A + B$ dalla somma totale degli angoli, ossia da 2 retti. Dunque può stabilirsi: $x = 180 - (A + 131) = 49 - A$. Tale risultato era da prevedersi con un cammino assai più breve, riflettendo che una parallela P, alla direzione vaginale, condotta per l'apice dell'angolo di incontro degli stretti, divide quest'ultimo in due parti, uguali rispettivamente agli angoli di inclinazione della vagina sullo stretto inferiore e su quello superiore (x), perchè si trovano sopra parallele e dallo stesso lato dei singoli angoli. Questo si comprende a primo sguardo. In altri termini posso enunciare la legge che « l'angolo di incontro degli stretti pelvici, quando la inclinazione vaginale non raggiunge nè oltrepassa dal basso il parallelismo collo stretto superiore, equivale alla somma degli angoli di inclinazione della direzione vaginale cogli stretti medesimi. »

Questo vale per molti casi di inclinazione vaginale posteriore. Però esistono altri due casi, uno già discusso che riguarda il parallelismo

collo stretto superiore (angolo 0° collo stretto superiore), l'altro che spetta ai casi già riconosciuti nei tracciati e contemplati da Tillaux, Charpy, dove l'asse vaginale assume direzione convergente collo stretto superiore al disopra della linea coccipubica, e che nei gradi esagerati potrebbero chiamarsi di inclinazione inversa o anteriore, perchè l'asse vaginale è inclinato in avanti sullo stretto inferiore. In questi casi, espressi nella fig. 3.ª, la formola $x = 49 - A$, viene sostituita da quest'altra: $x = A - 49$, dove A, indica ancora per analogia l'angolo d'incontro posteriore dell'asse vaginale colla coccipubica, anche se ottuso, e x l'incontro superiore dell'asse vaginale collo stretto superiore. La dimostrazione è facile a primo sguardo cogli stessi principii geometrici, tirando una parallela P all'asse vaginale per lo stesso apice dell'angolo degli stretti, allora l'angolo compreso fra la parallela e la direzione dello stretto superiore è uguale a x per la ragione delle parallele, cioè all'inclinazione dell'asse vaginale sullo stretto superiore. In base sempre alle proprietà delle parallele, già invocate in precedenza, l'intero angolo formato dalla parallela colla coccipubica è uguale ad A, e l'angolo x ricercato non sarà che la differenza tra A e l'angolo d'incontro degli stretti (49°). Così può essere completata la legge precedente, nel senso che « quando il parallelismo della inclinazione vaginale collo stretto superiore è oltrepassato, l'angolo degli stretti equivale alla differenza tra i due angoli di inclinazione vaginale. » Nei casi di parallelismo l'angolo d'inclinazione collo stretto inferiore uguaglia naturalmente quello degli stretti. Volendo calcolare coll'angolo anteriore (contemplato nei tracciati) e chiamandolo A_1, il problema è semplificato, ricorrendo alle proprietà del triangolo già note: $x = 2$ retti $- (A_1 + 49) = 131 - A_1$.

Alla dimostrazione nei casi di inclinazione posteriore si adattano meglio le proprietà delle parallele, quelle invece del triangolo ai casi di inclinazione anteriore o, più generalmente, di incontro superiore dell'asse vaginale e della coniugata. Così è risolto per qualunque caso il problema della ricerca dei rapporti dell'asse della vagina collo stretto superiore, una volta che siano noti quelli collo stretto inferiore, a bacino normale, o quando sia noto l'angolo che costituiscono tra di loro gli stretti. Dalle stesse formule si ricava A, dato il valore di x, ossia l'inclinazione collo stretto inferiore data quella collo stretto superiore.

(Continua).

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Univ. di Palermo
diretto dal Prof. G. Chiarleoni

Mostri anencefali e derencefali

DIAGNOSI IN GRAVIDANZA E IN TRAVAGLIO
MECCANISMO DEL PARTO — INDICAZIONI OSTETRICHE

PEL
Dott. GIUSEPPE GIGLIO
Assistente.

I trattati di ostetricia antichi e moderni si sono poco o niente occupati dei mostri nel rispetto ostetrico, e solo da poco tempo abbiamo visto nascere questo interesse in qualche monografia. La diagnosi dei mostri in gravidanza, il loro comportamento in travaglio di parto e le indicazioni ostetriche, offrono tali considerazioni da poter fare un capitolo a parte.

In una mia comunicazione (1), nella tornata del 1895 della Società ostetrico-ginecologica di Roma, illustrando 7 casi di feti mostruosi, ho procurato di richiamare l'attenzione degli ostetrici sulla presenza dei mostri, sulla eziologia e sull'importanza ostetrica, per le difficoltà cui va frequentemente incontro il travaglio del parto. A breve distanza mi si offre l'occasione di presentare altri sei mostri, appartenenti al 1.° ordine della 3.ª famiglia e della 3.ª tribù degli autositi, i quali mi hanno dato agio di studiarne i mezzi diagnostici e la meccanica del parto.

Le mie osservazioni sono limitate questa volta alle specie anencefali e derencefali, e sebbene dice di essi il Cazeaux (2), che nascono altrettanto facilmente quanto i feti ben conformati, pure è vero che anche quando ciò si avvera, l'andamento del parto non è quello fisiologico e la meccanica difetta in qualche tempo.

---

(1) Giglio. « Relazioni eziologiche fra mostruosità, polidramnios, prematurità, sifilide ed altre infezioni, desunte da studi anatomo-clinici sopra 7 casi di feti mostruosi. Relative considerazioni ostetriche. »

(2) Cazeaux e Tarnier. « Trattato di ostetricia, » 1883.

Le difficoltà della diagnosi per la deformazione delle parti fetali non sono poi quelle che vanta il Cazeaux, perchè nella scuola di Palermo, forse per la frequenza dei feti mostruosi, la diagnosi è stata fatta quasi sempre in travaglio, spesso in corso di gravidanza. Un esame minuzioso ed attento, la ricerca diligente delle notizie anamnestiche, tracciano bene la via alla diagnosi. Ma finora il difetto d'una guida alla ricerca, ha moltiplicato le difficoltà. È perciò che io ho voluto dedicarvi uno studio a parte e dettagliato, cominciando dalla descrizione anatomica di questi mostri.

Gli *anencefali* (= senza cervello) ed i *derencefali* (= cervello sul collo) differiscono di poco fra di loro; i primi spingono le alterazioni anatomiche fin sul tronco, cioè sulla colonna vertebrale, sulla midolla spinale e sui nervi spinali, i secondi l'arrestano alla testa o al più alle vertebre cervicali e questi sono più rari.

Secondo Dareste l'anomalia ha luogo allorquando tutte le vescicole cerebrali si sono costituite ed isolate dall'apparecchio dei sensi ed i nervi si gettano sulle membrane, che tappezzano la base del cranio o la doccia vertebrale.

Di loro più estesamente mi sono occupato nel lavoro dinanzi citato. Ora, nel solo interesse ostetrico intendo limitarmi a rilevare l'anomalia del cranio e della colonna vertebrale.

Questi mostri si può dire abbiano il capo rappresentato dalla sola faccia, manca interamente la volta cranica, e dietro la faccia hanno preso posto le ossa della base del cranio. Pare che per effetto d'un movimento sussultorio delle ossa della base cranica, le ossa in via di formazione siano discacciate, le parietali e temporali lateralmente, l'osso frontale in avanti, l'osso occipitale indietro. Le ossa della base che ne presero il posto impedirono lo sviluppo delle ossa della volta ed arrestarono la completa formazione cranica.

Contemporaneamente si arrestarono nello sviluppo le vescicole cerebrali, le quali non contengono che rudimenti di sostanza cerebrale; e le vertebre cervicali, o tutta la colonna vertebrale colla midolla spinale non obbedendo alle leggi di sviluppo diedero luogo alle due specie di anencefali e di derencefali.

È così che vediamo sormontata la faccia dall'osso sfenoide e dalla porzione petrosa ed auditiva interna del temporale, la frontale ridotta alla sola porzione orbitaria e la regione occipitale rappresentata dalla

porzione basilare soltanto dell'osso occipitale. Dalla disposizione di queste ossa più o meno sviluppate, siccome differisce un poco tra le due specie, si ha una giacitura diversa delle vescicole cerebrali, restando esse a cavalcioni su di una sella, giacente fra regione frontale ed occipitale nei derencefali, e verso la regione occipitale negli anencefali.

A rendere più deforme il capo del mostro contribuisce l'impianto anormale delle orecchie. Esse si trovano molto in basso, lontane alquanto dal foro auditivo interno, che è risalito molto alto, sicchè non sarebbero adatte alla loro funzione. Ancora più caratteristica si rendeva la figura d'un mostro derencefalo abortivo, che portava al di sopra delle orecchie due appendici fibrose come corna.

La testa dei mostri anzidetti, ridotta a quelle condizioni che abbiamo descritto, è impostata su brevissimo collo, tale da parere impiantata fra le spalle. Il collo difatti è appena visibile in avanti ed ai lati, mancante completamente indietro, perchè le vertebre cervicali, non giungendo a saldarsi i vari pezzi, riescono insufficienti a sostenere il peso della testa, e si divaricano in fuori, abbreviando la lunghezza del collo. Le spalle di conseguenza sono risalite in alto a confinare colle orecchie. L'ovoide cefalico è rappresentato in questi casi dalle spalle in mezzo alle quali si erge una maschera a guisa d'appendice.

L'ovoide podalico è conformato fisiologicamente.

Il dorso nei soli anencefali offre una discontinuità di tessuti.

Messe in vista le principali alterazioni anatomiche possiamo più facilmente metterci sulla via del diagnostico.

Conosciamo già, per cura di altri scrittori, tra i quali alcuni italiani (1) i sintomi più caratteristici per supporre la presenza d'una mostruosità, ma essi sono troppo generici e spesso problematici. Su di essi non possiamo posare la diagnosi di certezza.

L'esistenza del polidramnios, l'infiltrazione sierosa del tessuto sottocutaneo, che dà alla pelle aspetto liscio e lucente, e talvolta aspetto anasarcatico alla donna, l'increspamento della cute del monte di Venere, la presenza e la fugacità di principi albuminoidi nelle urine, il disor-

---

(1) CALDERINI. *Annali di Ostet. e Ginec.* — LA TORRE. *Annali di Ostet. e Ginec.* — VILLA. *Annali di Ostet. e Ginec.*

dine nei movimenti fetali, ci conducono alla diagnosi di probabilità. Come nel campo delle probabilità ci lasciano i precedenti anamnestici riguardo a sofferta sifilide o mali venerei in genere, ed a preesistenti malattie renali, ecc.

È stato sostenuto che anche prima del travaglio di parto, in corso di gravidanza si può riconoscere la esistenza e la qualità dei mostri; e per talune specie, quelle di cui stiamo occupandoci, è difficile sbagliarsi, se si tiene conto della mancanza delle protuberanze occipitale e frontale, o di tutto l'estremo cefalico.

Questi caratteri, che devono ricavarsi dalla palpazione addominale, sono così fallaci, per le tante difficoltà che li sovrastano, che non si può certo fare sempre a fidanza con loro, e quindi non possono annoverarsi neanco a mezzi certi del diagnostico.

Maggiore assegnamento si può certo fare sulla esplorazione bimanuale e sull'ascoltazione. Il momento più opportuno al diagnostico è a travaglio iniziato, con o senza permeabilità degli orifizi uterini, giacchè allora, se pure non si penetra nell' utero, attraverso il segmento inferiore, rammollito ed assottigliato, si deve toccare la parte presentata e riconoscere la forma e il volume; ed un anencefalo o un derencefalo, e forse anche l'acefalo, deve mostrarsi nella sua piccolezza ed irregolarità di forma, tutte le volte che volge in basso l'ovoide cefalico. Sicchè io circoscrivo il mio lavoro al *diagnostico di questa classe di mostri, in travaglio di parto, a membrane integre, in presentazione cefalica*.

Per gli stessi mostri in presentazione di podice giovano fino a un dato punto i criteri sopraccennati, raccolti dalla palpazione e quelli della ascoltazione, di cui diremo più tardi. La meccanica di parto in questo caso non esce dal fisiologico che per le modificazioni della testa soltanto. In presentazione di tronco o di piano laterale che si voglia dire ai criteri dati si aggiungono a delucidazione, specialmente quando il dorso volge in avanti, e gli orifizi sono permeabili, le anomalie della colonna vertebrale. Anche qui la meccanica segue fino a dato punto le leggi fisiologiche, ma le anomalie della testa e della colonna vertebrale possono pervertire l'andamento fisiologico.

Messi nelle condizioni del quesito di sopra formulato la diagnosi non sarà più difficile, perchè allora si possono raccogliere dei segni caratteristici, e nella scuola del prof. Chiarleoni l'osservazione da lui diligentemente diretta sulla donna in travaglio e la frequenza de' feti

mostruosi, ha portato tale dimestichezza nel personale, che la diagnosi si può dire di essere stata fatta sempre prima del parto.

Studiando un po' l'andamento del parto si vede che mano mano che procede la dilatazione uterina si ha la formazione d'una borsa allungata, quasi a budello, sia per le molte acque esistenti, sia per la tendenza della parte presentata, a mantenersi alta e spostabile. Alla dilatazione di pochi centimetri (4 a 5 cm.), esplorando si sente urtare contro il dito un corpo irregolare, il quale irritato da quel contatto si sente allontanare rapidamente per ritornarci subito dopo, ripetendo così il giuoco parecchie volte e spontaneamente, dando sempre segni di attività nel movimento, mai di passività.

È in questo andirivieni che scuotendosi il liquido amniotico e vibrando le membrane, resta sul dito tal senso di strofinìo, che si può rassomigliare al fenomeno della suzione, e che può far credere di trovarsi a contatto dell'orificio boccale. È questo fenomeno che trasporta facilmente alla diagnosi di presentazione di faccia, la quale non è, come dirò in appresso.

Aiutati difatti dalla mano premente sul fondo dell'utero, si può ottenere un contatto più prolungato della parte procidente sul dito esploratore e si può quindi ottenere il discernimento netto della faccia dalle prominenze irregolari della testa deforme.

Queste prominenze sono talmente caratteristiche, che se si osserva senza distrazione, danno subito l'idea di monconi ossei, malgrado siano sì fortemente irritabili che per un piccolo stimolo tendano a spostarsi rapidamente.

La piccolezza della testa, e la mancanza completa di volta cranica e di cervello, la brevità del collo ad un certo grado di dilatazione uterina, permettono la discesa nello scavo dello insieme cefalico, il quale non si mette in rapporto coll'ingresso pelvico che per mezzo delle spalle. Allora l'osservazione riesce più completa e più chiara, e la diagnosi si può stabilire con sicurezza. Intanto il sacco, molto allungato, e non teso, ritarda a rompersi sotto le contrazioni uterine deboli, fugaci, lontane; essendo piccola ed anfrattuosa la parte procidente le acque anteriori trovano delle fughe negli spazi liberi inter-utero-cefalici e non distendono le membrane, che il più delle volte, bisogna rompere artificialmente, e se la rottura spontanea si ha è quando le membrane sono alterate, il che non è raro in presenza di mostri.

Qui dovrei fermarmi a parlare sulla presentazione di questi mostri e sulla denominazione da darle, ma prima debbo illustrare un sintoma importante, patognomonico, raccolto colla ascoltazione.

Esso è fondato sul carattere del doppio battito, quando esiste, e sulla assenza dello stesso, quand'anche esistano i movimenti fetali attivi.

Il doppio battito è *debole, incerto, lontano, frequente;* lascia sempre il dubbio sulla sua esistenza.

Il muscolo cardiaco, sebbene in apparenza fisiologicamente conformato e sufficientemente irrigato, mancherà d'una innervazione capace di farlo funzionare bene, e se esistono plessi cardiaci e rami anastomotici, non vi sarà un apparecchio completo perchè mancano i centri cerebrali, e in taluni anche quelli spinali. La sua funzione non può essere completa e sufficiente. Il cuore si contrae ed esercita una certa funzione, tanto che fino a momenti prima della nascita si è spesso sicuri della vitalità del feto; una volta anzi ebbi l'agio di vedere funzionare il cuore per parecchi minuti dope il parto, malgrado il mostro derencefalo non desse più segni di fenomeni vitali. Il cuore si contraeva simmetricamente nelle orecchiette e nei ventricoli e spingeva l'onda liquida verso le estremità, perchè le arterie del collo pulsavano, ma le valvole non producevano alcun rumore al contrarsi. Ascoltando difatti collo stetoscopio sulla regione cardiaca nei vari focolai, a cuore ancora pulsante non si udiva alcun rumore, il doppio battito non si propagava.

È da credere che manca nel cuore una vera attività funzionale, esso in soggetti mostruosi come i mostri soddisfa incompletamente o molto stentatamente il suo ufficio, forse per difetto nello adempimento delle leggi generali del movimento dei liquidi nei vasi, forse perchè alterate le condizioni inerenti al sangue nell'organismo.

Qualunque siano le ragioni della incertezza del doppio battito noi possiamo avvantaggiarsene in pro' della diagnosi.

A me pare di avere tracciato un quadro sintomatologico sufficiente a guidare alla diagnosi dei mostri in genere, e degli anencefali e derencefali in ispecie. Discutiamo ora un poco sulla presentazione e sulla meccanica del parto. Cominciamo dalla cosidetta *presentazione di faccia,* che è la più frequente e nello stesso tempo la più anomala.

Il mio maestro mette questa dicitura come erronea, perchè questi feti, anormalmente sviluppati, hanno i diametri della testa tutti alte-

rati, e nessuno degli esistenti contrae rapporti diretti e stabili coll'ingresso pelvico.

Partendo dalla definizione della presentazione ammessa da tutti gli autori che *deve riguardarsi come parte presentata* quella parte fetale che viene a contrarre rapporti stabili *collo stretto superiore,* il concetto è logico e serio (1). La testa di questi mostri (anencefali e derencefali) non si adatta a nessuno dei diametri pelvici, non subisce alcuna influenza della filiera pelvica e non soggiace ai fenomeni della meccanica del parto; essa quindi non può riguardarsi quale parte fetale presentata, essa è una semplice appendice, una maschera prospiciente sulla parte presentata, raffigurata dal *cono toracico e dalle spalle* sovrapposte, che entrano in relazione diretta con uno dei diametri pelvici.

A rigore la presentazione sarà di *spalle o di apice di tronco* (anatomicamente parlando) (2).

Spiego ancor meglio il già detto: questi mostri dal vertice al podice sono corpi rigidi; dal vertice che è segnato dalla frazione di fronte o dalla base del cranio ad una circonferenza che passa per le due apofisi acromiali e il mento, che poggia sul petto si descrive un vero cono, *colla base* impiantata sul tronco, *o sull'apice* del tronco riferendoci all'anatomia descrittiva.

Non sarebbe perciò errore anatomico se noi ostetrici in questi casi speciali sostituissimo alla denominazione apice quella di *base del tronco,* non volendo, a schivar confusione, parlare di presentazione di spalle. Però onde sfuggire ai critici sottili, la presentazione potrebbe anche denominarsi *della base cormica,* o per semplicità maggiore di linguaggio *bis-acromiale.*

La dicitura, forse non molto chiara, è sostenuta dal fatto, che la

---

(1) Questa definizione ha in più di quella quasi universalmente accettata, l'appellativo di stabile. Peccherebbe pertanto se si restringesse alla definizione della parte presentata all'ultimo trimestre della gravidanza, nel qual tempo è risaputo che niuna presentazione può essere detta stabile, ma applicata più specialmente al travaglio del parto il suffisso stabile è necessario perchè con e per esso resta fissato il concetto delle speciali modalità del meccanismo del travaglio del parto nelle singole presentazioni.

(2) E perchè non base del tronco; allontanandoci un momento dal rigoroso linguaggio anatomico, stando alle maggiori dimensioni che questa parte ha in confronto del podice? Basta ricordare che il diametro trasverso dell'apice del tronco è 12 cm , e quello del podice è 9 cm., perchè la nostra domanda appaia giustificata.

testa scende nello scavo senza obbedire ad alcuna meccanica mentre le due apofisi acromiali e il diametro che loro misurano entrano per i primi in rapporto con uno dei diametri dello stretto superiore.

Stando così le cose io formulerei la diagnosi in questo modo: *Feto mostruoso anencefalo, o derencefalo, in atteggiamento longitudinale in presentazione di spalle o di apice di tronco, dorso rivolto in avanti o addietro;* oppure: *Feto.... in presentazione della base cormica o della base del cono cefalico.*

I fenomeni meccanici del parto nei casi in ispecie ed i mezzi che noi impieghiamo per completarli quando ciò necessita, sono molto diversi di quelli che si svolgono e che adottiamo per feti normali in presentazione di faccia, ed essi verranno anche in aiuto alla nostra tesi.

Abbiamo detto più sopra che i mostri anencefali e derencefali dal vertice al podice formano un corpo rigido. Il cono cefalico, rappresentato dalla faccia e dalla base cranica in alto e dalla circonferenza passante per le due apofisi acromiali e il mento, che poggia sul petto, in basso, è impiantato sul tronco, che forma un cilindro inflessibile.

Questo cono e questo cilindro fusi in un tutto inelastico sono inabili a qualunque fenomeno plastico.

La brevità del collo in avanti ed ai lati, la deficienza assoluta indietro, rende immobilizzata la testa sul tronco e sopprime a questa i movimenti di flessione, di estensione e di lateralità, che verrebbero di più ostacolati, se fossero in parte possibili, dalla regione sternale spinta molto in avanti e in alto fino a combaciare col mento, e dalle scapole e dalle apofisi acromiali, risalite molto in alto, a collimare col piano passante per le orecchie.

L'arresto di sviluppo delle vertebre cervicali, che non saldate, si divaricano, la falsa articolazione delle vertebre dorsali colle costole, e la mancanza di funzionalità della colonna vertebrale, concorrono all'annullamento dei fenomeni plastici della testa, del collo e del tronco.

È fortuna fino ad un certo punto che essi nascano in uno stato di prematurità, perchè così ordinariamente i diametri della testa e del tronco riescono inferiori a quelli del bacino e il grado di distocia non è grave.

La circonferenza che passa dal mascellare superiore ai due rudimenti di parietali misura su per giù dai 20 ai 30 cm., e quella che costituisce la base del cono non supera che di rado i 30 cm., ed esse

sono poco riduttibili, perchè il mento poggia quasi direttamente sullo sterno, come dissi, e perchè le vertebre cervicali e talvolta anche le dorsali aperte e divaricate, spingendo all'esterno e verso il piano anteriore ed in alto i due acromion, danno una circolare ossea poco flessibile. Questa mala conformazione impedisce appunto che il feto sia espulso per sezione, legge inesorabile della meccanica del parto (1). Mancando il movimento di flessione, la rotazione interna, e il disimpegno, resta abolita l'ordinaria meccanica del parto; questo si compie invece in modo tutto affatto passivo, o sotto deboli contrazioni uterine, se il feto è molto prematuro od abortivo, o sotto le trazioni manuali, se inerzia assoluta regna, e se il feto si avvicina alla maturità.

Perchè le spalle non obbediscono alla usuale meccanica, alla rotazione interna e al disimpegno. Nei feti prematuri il cilindro fetale, preceduto dal cono rigido si spinge d'un pezzo ad attraversare con maggiore o minore celerità la filiera pelvica, senza subirne alcuna influenza. Le dimensioni fetali e le misure craniche sono talmente ridotte che non sarà per loro adattabile la meccanica del parto.

È ai feti maturi o presso a maturità che si possono dettare leggi di meccanica, e siccome il cono cefalico per le sue dimensioni sfugge anche nella maturità a queste leggi, è solamente alle spalle e al tronco rivolto il nostro esame.

Il tronco è rigido per le incomplete articolazioni dei varî pezzi vertebrali tra di loro e colle costole, le spalle sono poco mobili per l'impianto speciale sul tronco; ammesso pure che dalla parte dell'utero sempre esistano le forze espellenti naturali, nè le spalle, nè il tronco difettosi di elasticità e movimenti subiranno intera l'influenza delle forze espellenti e delle resistenze; la risultante non sarà proficua al parto e perciò se una delle spalle diretta secondo uno dei diametri obliqui del bacino discenderà nello scavo, ivi rimarrà non sollecitata a rotare per imbroccare lo spazio più favorevole, l'arcata sottopubica; la mancanza di meccanismo riferibile alla testa, che non si ha se non nelle esigue proporzioni ha moltiplicato gli svantaggi. È perciò che non possiamo in questi casi parlare di meccanismo di parto fisiologico.

---

(1) A. Martinetti. « Considerazioni sul meccanismo del parto di due feti mostruosi. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, anno 1887, pag. 475.

Nè i nostri mostri obbediscono ad una meccanica speciale, sorretta da leggi costanti, perchè volta a volta molteplici sono le influenze che vengono a disturbarla. Non bisogna perdere di mira infatti che la gravidanza è stata patologica, che l'utero è stato disteso soverchiamente dalle acque abbondanti, che la donna è debole, che i reni danno segni di sofferenza, che la temperatura quasi sempre si eleva dal normale in corso del lavorìo di parto, che le emorragie per distacchi precoci di placenta e per inerzia sono facili, e che le infezioni trovano facile adito.

Le forze efficienti al parto s'infrangono in questo cumulo di ostacoli, mentre cresce la difficoltà dell'assistenza razionale al parto e sorge imperioso il bisogno di intervenire per abbreviare il parto che altrimenti minaccerebbe di protrarsi oltre ogni limite di prudenza.

E la cura ci darà ragione sulla meccanica, che abbiamo esaminato, e sulla presentazione, a cui abbiamo dato una terminologia speciale. I mezzi che adottiamo sono abbastanza semplici, e non sono mai quelli che impieghiamo nelle presentazioni di faccia in feti normali. Non applichiamo certo il forcipe sopra una appendice del tronco, che si chiama ancora testa, perchè la rappresenta, nè facciamo altre manovre per modificare questa cosidetta presentazione di faccia; noi e tutti gli altri l'abbandoniamo a se stessa, perchè capiamo che essa non troverà ostacoli nella pelvi.

Il forcipe è inadatto come sono il cefalotribo e il cranioclaste non giustificati, ma per converso in taluni casi le dita ad uncino ai lati della sinfisi mentoniera, l'uncino acuto possono valere alla espletazione del parto. E altre volte l'uncinazione digitale o strumentale (uncino ottuso) dell'ascella risponderanno del pari alle necessità del caso.

Nei casi che io ho osservato, havvene qualcuno di mostro derencefalo in presentazione di podice e in presentazione del piano laterale. Quest'ultimo viene anche in aiuto a noi perchè si può adattare ad una meccanica speciale.

Le dimensioni rudimentali della testa e la prematurità quasi costante del feto, permettono non solo l'evoluzione spontanea, ma quando questa ritarda, non obbligano alla versione manuale, perchè deboli trazioni sul braccio anteriore svincolano l'appendice cefalica, dando luogo al parto per la base del cono cefalico.

Le misure del resto, della circonferenza della base del cono cefa-

lico, e dei lati e della perpendicolare di questo cono, sono alquanto inferiori a quelle del feto normale e quindi concedono efficacia alla manualità. Spero di potere raccogliere queste misure in un mostro vicino alla maturità per fare meglio il raffronto; però sono sicuro fin d'ora che anche matematicamente il ragionamento può farsi lo stesso.

Per concludere dunque possiamo ritenere:

1.° Che vi ha una semiologia chiara e costante per stabilire la diagnosi generica e speciale della mostruosità.

2.° Che la meccanica del parto è incompleta e si allontana molto da quella ordinaria.

3.° Che le indicazioni ostetriche sono semplici e differenti da quelle che si richiedono per le ordinarie presentazioni di faccia.

CONGRESSI, SOCIETÀ ED ACCADEMIE

Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia

raccolti dal Segretario Dott. F. S. Rocchi — Vol. III, Roma, 1897

In questo volume sono raccolti i lavori della terza adunanza annuale della Società italiana di Ostetricia e Ginecologia, tenutasi in Roma dal 20 al 23 Ottobre 1896. La Società conta oramai tre anni di vita scientifica ed ha già dato frutti buoni e numerosi: il presente volume per il numero e per la importanza di lavori che racchiude dimostra l'incremento degli studi ostetrici e ginecologici in Italia e l'operosità dei vari centri scientifici della Nazione. Le relazioni ufficiali erano due, l'una del prof. Truzzi e l'altra del prof. Pasquali.

TRUZZI. — Della estrazione podalica del feto.

L'importante relazione del prof. Truzzi è basata sullo studio di 394 casi di presentazione podalica, osservati nelle Cliniche di Milano, di Novara, di Parma. Dall'esame sommario di queste osservazioni il Truzzi fa tosto rilevare la considerevole frequenza del coincidere del bacino ampio colla presentazione podalica. Di tale rapporto etiologico, finora non accennato da altri autori, l'A. dà due spiegazioni: talora si tratterebbe cioè di un precoce impegno della parte presentata e della parte bassa dell'utero per l'eccesso di spazio endopelvico; tal'altra di una probabile coincidenza della pelvi ampia con arresto di sviluppo uterino, al quale ultimo sarebbe la presentazione podalica devoluta.

Lo studio della estrazione podalica è risolto in tre capitoli distinti.

1.° Trattamento della presentazione podalica, varietà natiche sole. La prima questione che si propone a svolgere è quella riguardante l'abbassamento profilattico di un arto addominale, intervento che da taluni recisamente condannato o limitato nelle sue indicazioni ad uno scarso numero di casi, gode pur tuttavia le simpatie di clinici valenti. Il Truzzi si dichiara contrario ad un tale intervento, ritenendo che i pericoli che l'esperienza clinica ha dimostrato essere inerenti allo svolgimento di un arto addominale nei casi di presentazione di natiche sole, fanno pensare che si debba quasi interamente rinunciare alla pratica di Ahlfeld, dell'abbassamento a scopo semplicemente *profilattico*. Tale abbassamento conserva invece tutta la sua importanza pratica, se è fatto a scopo curativo e come tale precede immediatamente

la necessità di una estrazione, nei casi in cui le natiche siano tuttora elevate o respingibili. Nei casi di eclampsia, di procidenza del cordone, di pelvi totalmente ristretta, in cui l'abbassamento profilattico può meritarsi tuttavia favore, si dovrebbe possibilmente differirne l'esecuzione all'istante in cui la dilatazione fosse completa e permettesse in caso una pronta estrazione del feto.

Ritenendo così l'abbassamento di un arto come intervento limitato assai e prevalentemente curativo, il Truzzi esamina i mezzi di cui dispone l'ostetrico per estrarre il feto, una volta avvenuto l'impegno delle natiche, e, lasciato da parte l'uncino ottuso, consiglia di procedere alla uncinazione digitale dell'inguine e se questa è insufficiente alla trazione col laccio sul medesimo, o meglio all'applicazione di forcipe. E su quest'ultimo intervento il Truzzi si intrattiene esponendo il risultato delle proprie osservazioni cliniche e sperimentali, e, discussi i vari modi di applicazione, conchiude che il forcipe tiene nel miglior modo la presa quando, nelle posizioni oblique sacro anteriori, venga applicato sulla pelvi fetale, per modo che il morso sorpassi di poco il margine delle creste; nelle posizioni sacro posteriori venga collocato per guisa che le cucchiaia corrispondano allo spazio angolare fra femore e bacino, e prendano appoggio parte sulla coscia, parte sulla pelvi. Nei casi di posizione sacro-iliaca-trasversa si può ricorrere ancora al forcipe, preferibilmente se retto od a debolissima curva pelvica; ma quasi sempre potranno bastare l'uncinazione degli inguini e la spremitura alla Kristeller.

Il secondo capitolo tratta di alcune particolarità tecniche nella manovra per disimpegnare gli arti toracici del feto, quando siano normalmente atteggiati od appena rialzati ai lati della testa fetale. Il Truzzi ritiene che non sia opportuno, salvo in circostanze eccezionali, ricorrere alla rotazione assiale del tronco, allo scopo di disimpegnare entrambe le braccia posteriormente. Per il disimpegno delle braccia, se desse conservano il normale loro atteggiamento o se, essendo rialzate, l'avambraccio non ha sorpassato la bozza parietale verso l'occipite, merita di essere raccomandata l'introduzione della mano attiva lungo il piano sterno-addominale del feto, anzichè lungo la superficie dorsale del medesimo; la via è più breve e più spaziosa. Corrisponde anche bene un'altra manovra, per la quale la pressione sull'arto da disimpegnare non viene esercitata dall'indice e dal medio, più o meno costantemente e rigidamente distesi sul medesimo, bensì dalle estremità delle quattro ultime dita, foggiate a doccia sulla superficie dell'arto.

Nell'ultimo capitolo: Estrazione della testa, — ricerche statistiche circa i risultati della manovra Mauriceau-Smellie-Veit, il Truzzi, presi in considerazione gli studi di Eisenhart per la manovra di Vigand-Martin e di Herzfeld, per la manovra Mauriceau, Smellie, Veit, in appoggio alle proprie statistiche, ritiene giustificato il largo favore che la manovra Mauriceau-Veit godette fin qui nella pratica ostetrica per l'estrazione della testa fetale nel parto podalico, mentre la manovra Vigand-Martin, per quanto sia la migliore fra le moltissime all'uopo ideate, non

presenta sensibili vantaggi nella tecnica esecuzione e non provvede con pari fortuna alla tutela della vita e della integrità del feto.

La relazione è fatta oggetto di una interessante discussione nella quale vengono riferiti nuovi casi clinici a dimostrazione dell'utilità pratica delle applicazioni di forcipe sull'estremo podalico del feto.

E. PASQUALI. — Fibromi e gravidanza.

Lo studio di sì importante argomento è fatto in appoggio a 144 casi di fibromiomi dell'utero osservati dal prof. Pasquali, parte nella Clinica ostetrica di Roma, parte nell'ambulatorio a questa annesso, nel periodo 1882-1896. Da questo materiale clinico risulta come la presenza dei fibromiomi nell'utero costituisce una causa di sterilità, la quale sarebbe dovuta talora alle condizioni meccaniche del canale uterino, ma più spesso alle alterazioni dell'endometrio e principalmente alle alterazioni dell'ovaio, che il Pasquali ebbe ad osservare quasi sempre bilaterali e notevolmente frequenti. La vita sessuale eserciterebbe per sè stessa una certa influenza favorevole allo sviluppo dei fibromiomi. Ben più importanti modificazioni di questi neoplasmi sono dovute alla gravidanza: durante questo stato talora i fibromiomi assumono un aumento colossale, tal'altra rimangono invariati e tal'altra infine seguono i processi regressivi dell'utero puerperale. L'aumento di volume lo si avrebbe specialmente nei tumori in cui predomina il tessuto muscolare. Il Pasquali però è d'avviso che i rapidi aumenti e le rapide diminuzioni dei fibromi per il fatto della gravidanza siano più rari di quanto generalmente si ritiene, mentre più spesso i tumori rimangono inalterati. Assai più spiccata è invece la influenza che i fibromi dell'utero esercitano sulla gravidanza determinandone con notevole frequenza la interruzione, massime nel periodo abortivo. Le cause di tale interruzione sono molteplici e principali sono le condizioni meccaniche, le alterazioni dell'endometrio, le alterazioni di forma e di posizione dell'utero, il rammollimento patologico.

Per quanto riguarda il trattamento dei fibromiomi durante la gravidanza non si possono formulare precetti generali; ma è necessario per ogni caso adottare quell'indirizzo che meglio si addice. Prendendo in considerazione la artificiale interruzione della gravidanza nei casi in cui il parto può essere impedito, il Pasquali ritiene che questa pratica ad onta della esclusione assoluta ammessa dalla maggioranza degli ostetrici, riesce innocua nel primo trimestre della gravidanza, mentre più tardi riuscirebbe incerta. In alcuni particolari casi, come accadde a Frommel ad Olshausen, ecc., si poterono enucleare dall'utero gravido i fibromiomi senza interrompere la gravidanza. Ma si comprende come un tale intervento sia applicabile a pochi casi e non sempre abbia ad essere coronato di felice successo. Solo nei tumori circoscritti sottoperitoneali, peduncolati, od anche interstiziali, che non arrivano alla cavità uterina, se accessibili alla mano dell'ostetrico, la enu-

cleazione per celiotomia può essere con ragione adottata. Se questa non fosse possibile, conviene attendere il termine della gravidanza, salvo il caso di un accidente che minacci la vita della donna, ed intervenire col taglio cesareo demolitore. In ogni caso però il Pasquali ritiene che l'intervento chirurgico debba essere limitato ai casi di assoluta necessità.

F. CANDIA. — Risultati definitivi delle operazioni plastiche sul collo dell'utero e sulla vagina nelle affezioni infiammatorie parenchimali croniche della matrice e del collo con spostamento di essa. Considerazioni sulla cura chirurgica delle retrodeviazioni uterine.

Il Candia richiama l'attenzione dei ginecologi sui buoni risultati che le operazioni plastiche sul collo uterino e sulle pareti vaginali danno nella cura delle metriti parenchimatose croniche. Fa notare come i metodi operativi contro la retroflessione, oltrechè essere di una certa gravità, espongono la donna a pericoli serii qualora abbia ad insorgere la gravidanza. La cura dei pessarii e la cura solvente dei processi di perimetrite devono ancora costituire i primi e più pratici metodi per guarire i disturbi determinati dalle retroflessioni uterine. Non può per altro bandire completamente il trattamento operativo di queste affezioni, ritiene solo che l'uso debba esserne limitato ai casi di necessità, e fra i metodi operativi, ad utero retroflesso mobile, preferisce la vagino-fissazione col metodo Dührssen modificato da Mackenrodt o la vescico-fissazione di Mackenrodt, ad utero retroflesso e fisso, consiglia l'isteropessi di Olshausen modificata da Leopold-Czerny, ad utero retroflesso per complicanza di periovarosalpingiti croniche, consiglia l'intervento addominale e, ove sia possibile, una terapia conservatrice.

M. PAZZI. — L'ematocele pelvico e sue varietà cliniche.

Trattando brevemente della storia delle emorragie dentro il bacino il Pazzi fa notare come, prima del Recamier, il Monteggia avesse fino dal 1803 chiaramente descritto e riconosciuto l'ematocele pelvico. Accennato alla causa, ai sintomi, al decorso ed all'anatomia patologica di questa affezione il Pazzi riporta tre osservazioni cliniche di ematocele pelvico, l'uno da varicocele utero ovarico, l'altro catameniale da peritonite pelvi-peritonite, il terzo da gravidanza tubarica; venne operato solo il primo caso colla isterosalpingectomia. Si trattava di un versamento sanguigno extraperitoneale e perciò di un ematoma, anzichè di un ematocele, dovendosi riservare questo nome ai versamenti intraperitoneali.

F. CANDIA. — Contribuzione alla cura dei miofibromi dell'utero col metodo dello sminuzzamento per vaginam « Morcellement del Péan. »

Il Candia riferisce sette casi clinici di fibromi sottomucosi ed interstiziali da lui operati dalla via vaginale col metodo dello sminuzzamento, e, rilevata la im-

portanza di questo atto operativo ne dà dettagli tecnici applicabili a norma delle differenti contingenze cliniche ed anatomiche.

G. GIGLIO. — Nota sulla sintomatologia e sulla struttura della mola idatiforme. Sua relazione eziologica col deciduoma maligno.

Il Giglio prende a considerare la mola vascicolare ed i polipi placentari nei loro eventuali rapporti col deciduoma maligno. Richiama l'attenzione su casi di donne che dopo aver avuto gravidanze molari ebbero bambini vivi e sani, ed esprime il parere che la mola vescicolare non debba essere considerata come elemento principale nella etiologia del deciduoma, che, secondo il Giglio, non è altro se non un sarcoma della mucosa uterina.

E. F. FABBRI. — Ipertrofia della parete anteriore del corpo dell'utero nell'antiflessione.

(Cura endouterina ed ortomorfa).

In questa nota riassuntiva il Fabbri riferisce di avere notato in casi di forte antiflessione un ingrossamento globoso dell'utero, che colla esplorazione digitale intrauterina ha riconosciuto essere costituito dalla ipertrofia della parete anteriore, massime nella sua parte elevata, così da simulare la presenza di un fibroma. Come cura consiglia la terapia endouterina contro la endometrite e l'applicazione della cannula endouterina congiunta al pessario vaginale di Hodge. Il Fabbri insiste sulla importanza diagnostica della ampia dilatazione del collo uterino, per la quale preferisce l'uso della laminaria, e per l'indagine del fondo uterino consiglia il palpamento bimanuale, a preferenza della semplice trazione in basso dell'utero con una pinza.

C. FERRARESI. — Canali di Gärtner o di Malpighi?

Con accurate ricerche bibliografiche il Ferraresi dimostra come il Malpighi avesse, non solo scoperto e descritto, ma minutamente studiati i canali che oggi sono comunemente denominati di Gärtner, e chiama impropria questa denominazione, essendo indubbia la priorità di Malpighi.

G. CALDERINI. — Contributo allo studio dello sviluppo dello scheletro embrionale e fetale col mezzo delle ombre dei raggi X.

Il prof. Calderini, per mezzo delle ombre radiografiche di Röntgen, ha ottenuto fotografie dei primi punti di ossificazione e delle cartilagini di embrioni e di feti, e fa rilevare la importanza che queste ricerche possono avere non solo per l'embriologo e per l'anatomico, ma anche per l'ostetrico e per il medico legale.

F. CANDIA. — Nuovo contributo per la cura radicale operativa del prolasso dell'utero e della vagina.

In appoggio a sei nuove osservazioni cliniche il Candia sostiene l'efficacia delle operazioni di plastica cervico-vagino-perineale per guarire il prolasso utero vaginale, ottenendosi con questi atti operativi il ripristinamento del pavimento pelvico, che è il sostegno precipuo dell'utero. L'estirpazione totale dell'utero e l'isteropessi dovranno essere riservati a particolari casi, od eseguite quando abbiano fallito le operazioni plastiche.

G. RONCAGLIA. — Della cura radicale dell'enterocele vaginale posteriore.

L'enterocele vaginale posteriore è un'affezione molto rara che nei trattati di chirurgia figura nel capitolo delle ernie. Il Roncaglia crede che meglio che fra le ernie sia da collocarsi fra i prolassi genitali ed accetta per quelli della parete posteriore le denominazioni di Doléris di colpocele posteriore superiore, posteriore inferiore e posteriore totale. Ebbe occasione di osservarne tre casi che egli operò con felice risultato e con un processo particolare.

E. F. FABBRI. — Presentazione d'un gesso e di fotografie relativi a prolassi utero-vaginali.

In questa breve nota il Fabbri richiama alcune sue precedenti pubblicazioni sulla cura del prolasso utero vaginale, e quanto alla colporrafia anteriore ritiene efficace il metodo a borsa di tabacco dello Stoltz sostenuta però da colpo-perineorafia. Ad ottenere un robusto e stabile corpo perineale è del parere che sarebbe cosa prudente tornare all'uso del filo metallico. In non pochi casi di prolasso anche con inversione completa della vagina il Fabbri potè far contenere totalmente il prolasso utero vaginale per mezzo di adatto pessario, servendosi, massime nei prolassi gravi delle vecchie, del pessario a becco esterno.

T. ROSSI DORIA. — Sul valore della sieroterapia nelle infezioni puerperali.

In questa dotta ed accurata memoria il Rossi Doria espone lo stato attuale della scienza riguardo alla immunità della sieroterapia, alla siero profilassi delle infezioni e particolarmente della infezione puerperale. E relativamente alla sieroterapia antistreptococcica nella febbre puerperale il Doria nota come i casi raccolti siano tali uno per uno e nel loro complesso da generare la più legittima diffidenza, e perchè il metodo fu applicato in unione ad altri trattamenti, specialmente intrauterini, e perchè la cifra della mortalità si mostrò superiore, anzichè infe-

riore alla norma. La sieroprofilassi nella febbre puerperale, benchè in massima appaia razionale, difficilmente potrà entrare, almeno per ora, nella pratica.

E. BIDONE. — Distocie gravi da isteropessi.

In questo lavoro il Bidone, prende a studiare la questione ancora ardua e non per anco chiaramente risolta della cura operativa delle retroflessioni uterine in rapporto colla gravidanza e col parto. Egli ebbe opportunità di fare osservazioni su 24 donne operate dal '92 al '95 di ventrofissazione alla Fritsch nella Clinica Chirurgica di Bologna, diretta dal prof. Novaro. Di queste 18 non ebbero concepimento alcuno; 6 rimasero gravide e di esse due partorirono felicemente a termine; una fu operata di isterectomia per gravidanza ectopica e le altre tre osservate direttamente nella Clinica Ostetrica di Bologna formano oggetto di dettagliate relazioni cliniche, cui sono annesse figure esplicative. Il primo caso riguarda una donna che dopo l'isteropessi ebbe due gravidanze, la prima delle quali fu espletata felicemente col taglio cesareo conservatore dal prof. Pinzani, la seconda pure con taglio cesareo per opera di un chirurgo in casa privata con esito infausto sì per la madre e sì per il feto. Nel secondo caso la ventrofissazione venne eseguita nel 1894; e di poi la donna fu gravida 2 volte; la prima volta abortì spontaneamente al terzo mese, la seconda, giunta la gravidanza a termine, il prof. Calderini eseguisce la laparotomia, distacca le aderenze utero addominali servendosi in parte anche del termocauterio di Paquelin, quindi richiude il ventre. Appena staccate le aderenze, l'utero si raddrizza, e poco dopo si estrae il feto in presentazione podalica, eseguendo la cefalotrissia sulla testa posteriore, essendo il feto morto da qualche tempo. Nel terzo caso la ventrofissazione alla Fritsch era stata eseguita nel 1893, la gravidanza era giunta al termine e si dovette liberare la donna col taglio cesareo alla Sänger; madre e bambino salvi.

Da queste osservazioni il Bidone è tratto a conchiudere che la ventrofissazione alla Fritsch deve essere bandita, o almeno limitata a quei casi in cui o per il fatto della menopausa o per la compiuta castrazione, non esista più il pericolo di gravidanza. Quando la donna è ancora nel periodo generativo è da preferirsi l'uso dei pessarii e nei casi in cui si sia costretti a ricorrere alla ventrofissazione, il metodo che deve avere la preferenza è quello di Olshausen.

F. LA TORRE. — Endometrite glandolare gravissima.

Il La Torre illustra un caso di endometrite ghiandolare di natura benigna limitata al canale cervicale, che si era presentata con sintomi gravi per ripetute e copiose emorragie. Il raschiamento e la cauterizzazione col termo-cauterio ottennero guarigione duratura.

G. GIGLIO. — Mostri anencefali e derencefali. Diagnosi in gravidanza e in travaglio di parto. Meccanica di parto. Indicazioni ostetriche.

In questa nota il Giglio proseguendo i suoi studii già precedentemente pubblicati, mette in evidenza alcuni dati clinici che si riferiscono ai mostri anencefali e derencefali. Rispetto alla presentazione non crede possa qui aversi una presentazione cefalica nel senso ostetrico della frase, perchè la testa non ha nè la forma nè i diametri capaci di sentire la influenza del canale pelvico e propone la espressione: presentazione della base del tronco, precisando la posizione colla direzione del dorso. Fra i segni diagnostici dà una importanza speciale al doppio battito, che secondo il Giglio sarebbe sempre debole, incerto, lontano, frequentissimo. Il meccanismo del parto viene ad assumere un andamento anormale per la particolare forma di cono rigido, che il tronco di questi mostri assume coll'appendice cefalica.

F. CARUSO. — Sulla sede normale della placenta.

In un breve riassunto il Caruso riferisce le sue ricerche su questo argomento basandosi su autossie, su parti cesarei, sull'esame diretto colla introduzione della mano dell'utero, e sui risultati indiretti dedotti dal sito di rottura delle membrane. Da queste ricerche risultò che l'inserzione più frequente della placenta si ha sulla parete anteriore e sulla posteriore dell'utero, di rado sul fondo, più di rado sulla parete laterale. Da ciò egli deduce come precetti pratici: che bisogna non insistere molto nella versione per manovre esterne quando la placenta è inserta sulla parete anteriore; che nell'introdurre la candelletta di Krause è bene spingere la sonda lungo la parete laterale sinistra dell'utero; che nel parto cesareo è conveniente fare la incisione dell'utero nel fondo per evitare più facilmente la placenta.

Quasi tutti i lavori furono oggetto di interessanti discussioni nelle quali i vari cultori della ostetricia apportavano il contributo delle loro personali osservazioni.

RESINELLI.

68.ª Riunione dei Medici e Naturalisti tedeschi in Frankfurt a:M

(21-26 Settembre 1896).

15.ª Sessione — OSTETRICIA e GINECOLOGIA

RELAZIONE DELLE SEDUTE FATTA DAL DOTT. S. PATELLANI
Aiuto della Clinica Ostetrico-Ginecol. di Parma

(*Continuazione, vedi pag. 277*).

3.ª Seduta — 22 Settembre 1896. Ore 3 pom.

Presidente: KEHRER. — *Segretario:* KALLMORGEN.

H. LÖHLEIN (Giessen). — Sulla valutazione manuale dai diametri pelvici.

La misurazione istrumentale interna, esterna e combinata del bacino, come si insegna e viene praticata nelle nostre Cliniche, dà dei risultati che bastano per guidare l'ostetrico nella terapia dei diversi casi e tanto più in quanto non siamo in grado di valutare direttamente il volume della testa fetale. Invece la esperienza ci insegna che, di quelli che non sono specialisti, è trascurata la misurazione del bacino nell'esercizio giornaliero. Löhlein, per far rilevare un restringimento della pelvi quando non si ha a propria disposizione un pelvimetro, ha insegnato, nell'ultimo semestre, nella sua Clinica, l'esame del bacino fatto colla palpazione. Sull'esame digitale interno non è necessario aggiungere molte parole. Tutti sanno che con esso non solo si può rilevare se il promontorio è raggiungibile con maggiore o minore facilità, ma anche lo stato della parete anteriore del sacro, delle pareti laterali del bacino, della linea innominata. La distanza tra le spine ischiatiche, le deformità, le irregolarità delle due metà dello scavo sono pure stabilite in tal modo.

Anche all'*esame manuale* esterno noi possiamo dare grande valore. L'esame richiede però un certo esercizio. Anzitutto appoggiando la punta del mignolo ad una spina iliaca anteriore superiore con le dita della mano divaricate fortemente, si può, cercando col pollice di raggiungere l'altra spina, valutare la distanza tra di esse. Se in precedenza si conosce bene quanto si possono divaricare il pollice e il mignolo della propria mano, si può molto presto, con una certa sicurezza, dire se in un caso speciale, la media è raggiunta, non raggiunta o superata. Questo computo è, naturalmente, più facile quando la regione ipogastrica non è distesa. Anche quando però, per il fatto della gravidanza, è questa regione prominente, le difficoltà si superano con una certa facilità.

Il rapporto importante tra la distanza delle spine e quella delle creste si può

calcolare mettendo le due mani a piatto all'estremo delle ali iliache. La distanza tra le creste si calcola numericamente applicando i due pollici alle due spine iliache ant. super. e il polpastrello dell'indice sul punto più sporgente delle creste da un lato e dall'altro e imaginando proiettati i punti dove trovansi le spine sulla linea ideale che unisce le due creste.

Nello stesso modo si computa la distanza bitrocanterica appoggiando le mani nel punto dell'articolazione carpo-metacarpica sui trocanteri e toccando col medio contemporaneamente i punti più sporgenti tra le due creste.

Se trovansi così tutti i diametri trasversali ridotti al disotto della norma, colla misura, per mezzo della fettuccia metrica, della circonferenza pelvica si ha un altro dato di controllo.

La coniugata esterna e i diametri obliqui esterni non si possono misurare senza pelvimetro. Invece della prima misura noi possiamo calcolare la C. D. coll'esplorazione. Quando la testa nello scavo non permette più il rilievo di questa misura, essa non è più necessaria. Una notevole riduzione però del diametro antero-posteriore è constatabile coll'ispezione e colla palpazione della regione sacrale. Bisogna fare attenzione alla forma del rombo di Michaelis e, nei casi di deformità, alla distanza tra le spine iliache post. e super. d'ambo i lati e la linea dei processi spinosi misurata colla fettuccia.

Quando siasi raggiunto in questo modo un certo esercizio non si fanno errori che possono dar luogo a imprevedute difficoltà. Specialmente non si corre il pericolo di lasciar passare inosservato un restringimento totale dei diametri, pericolo cui vanno incontro molti medici che solo danno importanza alla coniugata per stabilire se un bacino è o no viziato. Certamente che il metodo che insegno non sostituisce completamente la misurazione istrumentale. Nei casi che hanno importanza, specie terapeutica si devono usare i metodi i più sicuri.

Discussione.

Kehrer (Heidelberg). Non tutti i pratici posseggono un pelvimetro. È importante quindi il computo manuale dei diametri del bacino. Alcuni dati hanno pure valore: lo svasamento delle ali iliache nei bacini rachitici; il raccorciamento notevole del diametro bitrocanterico nei bacini osteomalacici; la diminuita circonferenza pelvica (in condizioni normali cm. 89) nei bacini ristretti; la forma e l'ampiezza dell'arco pubico specie nei bacini osteomalacici; la distanza tra il promontorio e la parte esterna dell'arcata pubica specie se vi ha differenza tra l'uno e l'altro lato.

Freund H. W. richiama che anche a Strasburgo si misura il bacino a donna in piedi pressochè nello stesso modo accennato da Löhlein. La stazione eretta è specialmente indicata per valutare il grado di inclinazione pelvica e per palpare le S. I. P. S. La differenza tra la distanza tra le S. I. A. S. e tra le creste iliache non ha forse quella grande importanza che le si dà.

Herff (Halle). Dà pure importanza alla misurazione della coniugata esterna e condivide le idee esposte da Löhlein.

Eberhart (Köln). Ha valore il rilievo dello stato della cartilagine interpubica.

Löhlein. Quando la testa del feto è già nello scavo è inutile la misurazione della C. E. Quando è al disopra dello scavo basta la C. D. Rispondendo a Freund ammette che la differenza della distanza tra le spine e tra le creste non ha quel grande valore che le si attribuisce. Crede bene però venga scolasticamente mantenuta per non generare confusioni. La misurazione fatta a donna in piedi ha senza dubbio dei vantaggi specie nelle dimostrazioni cliniche. Nella pratica privata però, ed egli accennò precisamente a questa, ben poche volte è necessaria. Anch'egli con Kehrer crede essere di cm. 89 la media circonferenza pelvica. Nei casi però di bacini totalmente ristretti questa è di 81 cm. Per quanto riguarda gli altri dati citati da Kehrer, di essi non tenne parola volendo rimanere nel campo delle generalità. Crede pure con Eberhart che il rilievo della prominenza della cartilagine interpubica abbia importanza.

Prof. HOFMEIER (Würzburg). — Sterilità e miomi.

Ritorna su questo argomento del quale già si è occupato in una pubblicazione apparsa nella *Zeitschrift für Geburtschülfe u. Gynäkologie* (Vol. XXX). Presenta due tavole in cui sono riassunte le sue osservazioni.

Tavola prima.

Statistica precedente fino al Giugno 1894		Statistica nuova	Risultati totali
Numero delle ammalate con miomi	213	113	326
Tra queste: *non maritate*	46 = 22. 5 %	22 = 19. 4 %	68 = 20. 8 %
» » *maritate*	167 = 77. 5 %	91 = 80. 6 %	258 = 79. 2 %
Tra queste: *sterili* maritate . . .	38 = 17. 8 %	29 = 25. 5 %	67 = 20. 5 %
Durata del matrimonio sterile . .	16 anni	16 anni	16 anni
Età media delle donne sterili . .	41. 4	42. 2	41. 8
Hanno partorito	124	77	201
Numero medio delle gravidanze .	3. 5	3. 0	3. 2
Di queste ebbero *una* sola gravidanza	31	15	46
			14. 1 % del numero totale
Età media di quest' ultime . . .	41. 4	46	43. 7 anni
Quest'*unica* gravidanza si ebbe a.	15. 2	17	16 anni
Le pluripare ebbero in media . .	4. 2	4. 8	4. 5 gravidanze
La gravidanza fu osservata in . .	18	3	21 ammalate con miomi.

Tavola seconda.

Numero complessivo delle ammalate	2220
Tra queste ammalate maritate con sterilità primitiva e acquisita	327 = 15 %
Tra queste ammalate con sterilità acquisita	172 = 8 %
Media età di *100* donne primamente sterili	28.3 anni
Durata del matrimònio sterile	5.5 »
Media età di *100* donne con sterilità acquisita	32.9 »
Durata della sterilità dopo l'unica gravidanza	9 »

Delle *326* ammalate con miomi *68* non erano maritate. Tra queste 5 partorirono una o più volte. Delle maritate in numero di *258, 67* furono sterili.

Allo scopo di stabilire se il procento che qui si ha — 20.5 — sorpassa il procento generale dei matrimoni sterili, Hofmeier ha riunito tutto il suo materiale sommando i casi di sterilità primitiva ed acquisita.

Su un totale di 2220 donne 327 erano primitivamente sterili, 172 sterili in modo acquisito. Il procento quindi dei matrimoni sterili è in generale del 15 0[0. Questa cifra collima con quella ottenuta da altre statistiche. La differenza perciò tra la sterilità nei casi di mioma e la sterilità media è solo del 5 0[0.

Se si considera l'età media delle donne affette da miomi e sterili (42 anni), e la durata del matrimonio sterile (16 anni), in tali casi si può pensare che in media, a partire dal 26.° anno, un mioma deve già ostacolare un eventuale concepimento.

Oltre a ciò si potè anche stabilire che molte donne le quali nell'inizio della loro vita sessuale erano sterili, non avevano ancora miomi uterini. Solo 7 volte constatò H. su 503 donne sterili nei primi 5 anni della loro sterilità la presenza di un mioma. Esistevano nelle altre pazienti diverse cause di sterilità (perimetriti, età, impotenza, ecc.).

Per quello che si riferisce all'influenza di questo genere di tumore sulla fertilità constatò che questa (201 pazienti con miomi), rimane al disotto della generale. Mentre infatti la fertilità media è di 4.5 qui discende a 3.2 (meno 1.3). Specialmente la sterilità acquisita è più piccola. Di *326* donne con miomi *46* (14.1 0[0), ebbero una sola gravidanza. Il procento generale invece delle donne con sterilità acquisita e dell'8 0[0 (172 su 2220 donne). In queste 172 pazienti con sterilità acquisita nei primi 5 anni, dopo l'unica gravidanza avutasi solo due volte si constatò la presenza di miomi. Anche qui le cause della sterilità sembrano essere di altra natura.

Le fecondità delle donne con miomi non è per nulla piccola. Essa è in media di 4.5 gravidanze. A spiegare il procento più elevato delle non maritate e delle sterili tra le pazienti affette da miomi in confronto del procento generale di tali

persone in un materiale ginecologico, ricorda che i miomi colle conseguenze loro sono appunto una delle cause più frequenti che richiamano il consiglio del medico.

Hofmeier presenta anche un mioma in un utero amputato alla fine della gravidanza. Sulla faccia posteriore del viscere aveva origine il tumore che, sottosieroso, era più grosso della testa di un feto e si trovava, riempiendolo, nel cavo del Douglas. Nel tumore, di una consistenza piuttosto dura, trovavansi delle ampie cavità ripiene di detrito. Certamente a questo particolare rammollimento centrale si può riferire la diminuzione di volume del mioma nel puerperio.

Discussione.

Pfannenstiel (Breslau). Conferma per conto suo le idee esposte. Il fatto che le ammalate di mioma sono certamente più predisposte alla sterilità, forse è in rapporto con un'alterazione degenerativa del tessuto ovarico. Ammette nei casi di miomi, di endometrite e di ooforite cronica un'iperemia cronica persistente dei genitali quale causa della sterilità.

Strassmann (Berlino). Si riferisce ad alcune ricerche fatte insieme al dottor Lehmann che dimostrarono la coesistenza, nei casi di miomi anche piccoli, di affezioni cardiache, di dilatazione dei ventricoli. In modo parallelo ad una forma miomatosa si ha frequentemente una forma vasomotoria come nel morbo di Basedow.

Freund A. W. È del parere di Hofmeier per riguardo al rapporto tra miomi e sterilità. Esistono, aggiunge, degli adenomiomi i quali presentano delle cavità rivestite da un epitelio cilindrico. Questi tumori sono frequentemente legati alla sterilità e vengono di sovente confusi con malattie degli annessi.

A. Mackenrodt (Berlino). Quasi tutte le pazienti affette da miomi presentano, dopo un certo tempo, degenerazione cardiaca. Anche dei disturbi del sistema nervoso centrale possono essere ad essi legati. La sterilità, nei miomi, non deve essere molto frequente. Egli quattro volte fu obbligato ad operare dei miomi in gravidanza.

Thorn (Magdeburgo). Crede nelle donne gravide affette da miomi non si debba sempre differire l'atto operativo.

Gottschalk (Berlino), richiama un caso da lui osservato, e sul quale già riferì al Congresso ginecol. di Vienna, parlando dell'eclampsia, in cui un mioma, grosso come una noce, per l'influenza di una prima gravidanza aumentò notevolmente. All'8.° mese raggiunse il volume della testa di un feto. Essendo sopracervicale causò la compressione degli ureteri e l'insorgenza consecutiva di una eclampsia mortale.

Löhlein (Giessen). Crede pure con Hofmeier, che la influenza dei miomi sulla gravidanza non sia molto grande. La 1.ª gravidanza sembra accelerare lo sviluppo del neoplasma più delle gravidanze successive. Egli pure crede con Freund che a volte dei piccoli miomi possono venire confusi con forme degli annessi.

Kehrer (Heidelberg), contrariamente a Strassmann crede le affezioni di cuore solo in un numero ristretto di casi in rapporto coi miomi.

Hofmeier. Se la causa addotta da Pfannenstiel fosse la reale, le donne maritate affette da miomi dovrebbero rimanere sterili molto più presto. Anche i disturbi vaso-motori non devono causare sterilità. Egli non crede si debbano in genere operare i miomi durante la gravidanza.

(Continua).

RASSEGNA

R. MAYER. — **Zur aetiologie der Gynatresien auf Grund der einschlägigen Casuistic** *(Contributo alla eziologia delle ginatresie sulla base della casuistica relativa)*. — *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, XXXIV Band, 3 H.

L'A. in questo lavoro s'ispira alle idee del Veit e del Nagel: non trovando nella storia dello sviluppo la spiegazione d'una gran parte nelle atresie vaginali, nè d'altra parte parendogli dimostrata le loro origine da processi infiammatorii avvenuti nella vita estrauterina e talora passati inosservati. Passa in rassegna le varie affezioni che potrebbero dar luogo a tale atresie, distacchi di lembi gangrenati in malattie infettive (scarlattina, difterite nell'infanzia) processi gravi gonorroici, traumi, lacerazioni di parti pregressi, ecc. Non è a credere che in tali casi il tessuto cicatriziale possa sempre tradirne l'origine, che anzi esso tende a scomparire e l'atresia tende vieppiù a regolarizzarsi, non lasciando per nulla intravedere l'affezione pregressa. L'A. cita parecchi casi dimostrativi in proposito: studia quindi le diverse forme d'atresie vaginali secondo le varie loro sede, e dimostra come nulla s'opponga al riferire a tale origine acquisita l'esistenza d'una parte di esse. Cerca quindi di mettere in rapporto con tale eziologia il frequente reperto d'una ematosalpinge.

L'occlusione della tromba non potrebbe spiegarsi data l'origine congenita dell'atresia stessa. La fuoruscita del sangue dall'ostio addominale fu invocata come causa di processi infiammatorii il cui risultato sarebbe la chiusura delle trombe: l'A. dimostra come il sangue per sè non possa destare tali processi infiammatori; ne cita parecchi esempi in proposito: tanto meno in tale modo si spiegherebbe l'esistenza d'ematosalpingi unilaterali. Ammettendo l'eziologia delle atresie sovraesposto, lo stesso agente infiammatorio che ha causato l'atresia vaginale, potrebbe causare l'occlusione della tromba. Così si spiegherebbero i reperti di piocolpi, di piometri, difficili a spiegarsi ammettendo tali atresie d'origine congenita, così spiegherebbesi pure la mortalità assai grande che si ha per la rottura della tuba, sia spontanea che secondaria ad intervento.

Questa mortalità assai maggiore che in affezione simili « quale la gravidanza estrauterina » maggiore che in altre operazioni più aggressive aveva già destata l'attenzione degli autori: l'A. l'attribuisce alla permanenza nella sede dell'effezione degli agenti infiammatorii causali. L. Negri.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIX. Maggio 1897. Num. 5.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

24 JUN 97

Rottura completa dell'utero

LAPAROTOMIA, AMPUTAZIONE UTERO-OVARICA, GUARIGIONE

PER IL

Dott. VITTORIO FRASCANI

Erminia Terreni nei Barbini di anni 33, di Chianni, colona, Vpara, proveniente da genitori sani, ella pure sanissima. A 12 anni comparve la mestruazione che sospesasi poi per circa 4 anni fu in seguito sempre regolare. Maritatasi a 21 anni ebbe 4 gravidanze normali, la terza fu gemellare e terminò come le altre con un parto naturale. La quinta o attuale gravidanza nulla presentò di anormale in tutto il suo decorso; nella notte dal 9 al 10 Luglio 1896 cominciò a provare dei dolori nella regione lombo-sacrale che andarono sempre facendosi più forti, tantochè le pareva impossibile di essere in grado di potere abbandonare il letto; ma la mattina successiva dovendo sbrigare molte faccende domestiche si alzò e tentò di fare qualche cosa, finchè alle 11 essendosi aperto spontaneamente il sacco amniotico e non potendosi più reggere in piedi per le doglie che eransi fatte più forti, fece chiamare la levatrice che visitatala le assicurò che la presentazione era normale, che la bocca uterina era poco aperta ma che tutto sarebbe proceduto regolarmente; la levatrice notò peraltro che i margini dell'orifizio uterino erano grossi e resistenti.

Nelle ore pomeridiane le contrazioni si facevano più energiche e più ravvicinate le une alle altre e la levatrice avendo osservato che ad ogni dolore la testa fetale in presentazione di vertice scendeva rivestita dal segmento inferiore, cercava di uncinarne col dito la parte anteriore ed incoraggiava la povera partoriente incautamente incitandola *tanto per fare presto* a coadiuvare le doglie assicurandola che con pochissime contrazioni avrebbe partorito. La donna mi raccontò quando ebbi occasione di vederla dopo guarita, di avere sofferto in questo parto dolori molto più forti che in quelli precedenti, quando ad un tratto provò un dolore acutissimo differente dagli altri ed ebbe la sensazione come di qualche

cosa che le si fosse strappato nel basso ventre. Dopo ella non potè più parlare, non vedeva le persone che la circondavano, per esprimersi colle sue parole *si sentiva morire.*

Fatto chiamare d'urgenza il medico, questi trovò la partoriente in condizioni tristissime; era pallidissima, i polsi piccolissimi e molto frequenti, fredda la superficie del corpo, poco sangue fuori-usciva dai genitali esterni, vi era assenza di contrazione uterina. Alla esplorazione interna sentiva la testa fetale in presentazione di vertice che era risalita a livello dello stretto superiore mentre prima era più in basso. Egli si accinse subito a liberare la partoriente con il forcipe, ma la testa gli sfuggiva in alto nè riuscì ad afferrarla, e non fu piccola la sua meraviglia quando disponendosi a fare un ultimo tentativo di applicazione di forcipe, la mano introdotta nei genitali per guidare lo strumento, non arrivò più a toccare la testa fetale che aveva oramai abbandonato completamente il piccolo bacino.

Intanto le condizioni della partoriente si aggravavano sempre maggiormente, l'emorragia esterna aumentava e vi erano manifesti segni di grave emorragia interna. Il medico curante che aveva già concepiti fondati dubbi dell'avvenuta rottura dell'utero, ne fu allora completamente convinto, specialmente con la palpazione del ventre con cui apprezzava che si erano fatte molto più superficiali le parti fetali. In tali circostanze tanto egli che un altro collega soprachiamato, l'egregio dott. Mazzei di Livorno, avrebbero cercato di liberare a qualunque costo la donna se le sue condizioni non fossero state assolutamente disperate. La poveretta presentava i sintomi più manifesti di gravissima anemia acuta e con tale fenomenia pareva dovesse venire a mancare da un momento all'altro; in questo stato si mantenne tutta la notte quando la mattina successiva cominciò a migliorare; poteva inghiottire del brodo e delle bevande eccitanti che riteneva abbastanza bene, i polsi sempre frequentissimi erano meglio percettibili della sera precedente, la emorragia esterna era ridotta ad un leggero stillicidio, l'addome molto aumentato di volume tendeva a tumefarsi maggiormente.

Il medico curante che la sera precedente, di comune accordo con l'altro collega, aveva creduto bene di soprassedere, nella visita della mattina avendo notato questo leggero miglioramento nelle condizioni della donna, dovuto certamente alla cessazione della grave emorragia interna che erasi fatta immediatamente dopo la rottura dell'utero, avvertì subito la famiglia che secondo il suo parere era giunto il momento d'intervenire e che non si poteva nell'attuale stato in cui versava la povera inferma assistere inoperosamente alla sua morte che, non procedendo alla estrazione del feto, era inevitabile. Avutane la concessione, mi fece avvisare telegraficamente di recarmi presso Castellina Marittima, ove appunto dimorava la Barbini, con tutto il necessario per praticare la laparotomia in una donna in cui era avvenuta la rot-

tura spontanea dell'utero durante il soprapparto. Per varie circostanze io non potei giungere sul luogo che verso le 6 di sera. Esaminata la donna la trovai di costituzione assai forte, ma molto abbattuta; la pelle di tutto il corpo era pallidissima, solo arrossata ai pomelli, le mucose leggermente cianotiche. Essa aveva perfetta conoscenza di ciò che accadeva intorno a lei, accusava un dolore diffuso a tutto l'addome, era tormentata da qualche colpo di singhiozzo, reclamava di essere prontamente e nel miglior modo possibile soccorsa, raccomandando insistentemente le sue cinque creature.

Il torace non presentava alcun cambiamento, il ventre invece molto aumentato di volume era assai sensibile alla pressione, la temperatura era salita a 39.°, il polso, piccolissimo, batteva 140 volte al minuto. L'addome, come ho detto, molto aumentato di volume, presentava delle pareti assai sottili; con la palpazione che si poteva incompletamente eseguire per la dolorabilità della regione, potevasi facilmente toccare immediatamente al disotto delle pareti addominali, nella parte sinistra della regione ipogastrica e verso la fossa iliaca corrispondente, la testa del feto con tutte le sue caratteristiche di cui l'occipite bene si apprezzava rivolto verso sinistra, l'ovoide pelvico era in alto; a destra della testa fetale si palpava una intumescenza abbastanza voluminosa che occupava parte grande del quadrante inferiore di questo lato e presentava consistenza diversa nei suoi diversi punti; tale intumescenza ritenni, come di fatto verificai consecutivamente, che fosse l'utero vuoto e ricoperto di coaguli sanguigni. Il feto, le cui varie parti facevano sporgenza attraverso le sottili pareti addominali, era certamente morto. Con la esplorazione interna si trovava la vagina ripiena di coaguli, rimuovendo i quali si riattivava la emorragia esterna; molto irregolare ed a margini frastagliati era la bocca uterina di cui male si determinavano i limiti ed i caratteri perchè ricoperta di grumi; al disopra di essa non si toccava alcuna parte fetale nè voluminosa nè piccola.

Tenendo conto di quanto mi era stato riferito dal medico curante e dalla levatrice e dall'insieme dei segni obbiettivi, mi pareva di potere ammettere che si trattasse *di rottura completa dell'utero con passaggio del feto nella cavità addominale.*

L'insieme di queste circostanze, il grave collasso in cui era caduta la donna immediatamente dopo la rottura dell'utero, e da cui ora cominciava a rilevarsi per essersi arrestata la grave emorragia interna che la aveva ridotta la sera precedente in condizioni disperate, l'essersi già accesa la febbre e comparso qualche fenomeno peritonitico, meteorismo, singhiozzo, dolore diffuso in tutto l'ambito del ventre, imponevano un trattamento energico e pronto. L'unica via da prendersi era di procedere alla laparotomia; terminare il parto dalle vie naturali non era cosa nè facile nè scevra di gravi pericoli per la partoriente, perchè la semplice esplorazione interna aveva riattivata la emorragia, perchè

vi erano segni di abbondante versamento intraperitoneale ed infine perchè vi era la quasi certezza che il feto fosse stato spinto in totalità nella cavità addominale. Perciò la laparotomia si imponeva; aperto il cavo peritoneale ed estratto il feto le condizioni che mi si fossero presentate mi avrebbero fatto stabilire il seguito della operazione.

Ottenutane l'autorizzazione dal marito, tutto apprestai per l'atto operatorio facendo bollire gli strumenti e parte del materiale di medicatura. In una camera attigua a quella ove trovai la povera donna feci portare una comune tavola che ricuoprii con coltroni e con lenzuola pulite; disposi gli strumenti in vassoi ripieni di soluzione fenica al 3 0[0, infilai molti aghi, preparai il laccio elastico, diverse larghe compresse di garza bollita e tutto quello che mi poteva occorrere durante l'atto operatorio, non potendo fare assegnamento che sull'aiuto di due soli colleghi, i dottori Gasparini e Mazzei, l'ultimo dei quali si incaricò della cloronarcosi. Feci portare sulla tavola preparata come sopra esposi, la malata che perdeva sangue dai genitali e che lamentava forti dolori addominali che eransi esacerbati per averla remossa dalla posizione in cui era restata quasi immobile fino dalla sera precedente.

Cloroformizzata l'operanda, rasi i peli e disinfettate le pareti addominali, ne praticai la sezione con una incisione sulla linea mediana che dall'ombellico si estendeva a 3 centimetri al disopra del margine superiore della sinfisi pubica; aperta la cavità peritoneale, questa si mostrò ripiena nella sua parte più bassa di grossi coaguli sanguigni e di un liquido misto composto di sierosità sanguinolenta, di meconio e di stracci di vernice caseosa che usciva dalla fatta apertura insieme a gas di odore piuttosto nauseante. Subito potei orientarmi e riconoscere la testa del feto libera nella cavità addominale insieme al resto del corpo; uncinatala tosto per la mascella inferiore perchè la faccia guardava quasi in avanti, potei estrarre facilmente attraverso la fatta apertura il feto cui tenne dietro sempre attaccata al cordone ombellicale la placenta che già era stata espulsa dall'utero.

Allontanati allora i coaguli e i liquidi che trovavansi nel peritoneo, cercando con delle compresse di garza di detergere la faccia anteriore dell'utero, mi accorsi che questo nel suo segmento inferiore era sede di una profonda lacerazione che si estendeva da destra a sinistra, leggermente inclinandosi verso questo lato, ove si continuava nel legamento largo che presentava fra le sue pagine un ematoma di discreto volume. Per rendermi esatto conto di tale lacerazione e per provvederci credei bene di attirare l'utero al di fuori; per tale manovra essendo stati remossi alcuni coaguli che trovavansi fra i margini della lacerazione, cominciò abbondante emorragia arteriosa; credei bene allora di applicare un laccio elastico più in basso che fosse possibile e al disotto degli annessi di ambedue i lati sul segmento inferiore dell'utero, ma

tale laccio mentre funzionava bene sulla parte posteriore non lacerata, anteriormente, essendo la ferita molto in basso scivolò dentro la breccia per cui la sua azione costrittrice era nulla sulla parte anteriore e dal margine inferiore della lacerazione usciva sangue in grande abbondanza. Prontamente afferrato tale margine sanguinante con una pinzetta, vi applicai ai lati due klemmer e nel mezzo varie pinzette di Kocher e così la emorragia che erasi fatta imponente si arrestò.

A tale punto le condizioni della operata eransi notevolmente aggravate per la nuova perdita sanguigna, non vi era tempo da perdere; amputai al disopra del laccio elastico quella parte di segmento inferiore che vi era stata compresa insieme agli annessi e sul margine inferiore della lacerazione con ago di Dechamps montato di grossa seta sterilizzata feci là dove erano applicati i klemmer, che vennero in seguito tolti, due legature laterali comprendenti più di tessuto che mi era possibile e varie legature che vennero sostituite alle pinzette che vi aveva precedentemente applicate per frenare la grave emorragia. Ottenuta così una discreta emostasia, con una sutura a sopragitto fatta con seta e cominciata dal legamento largo di sinistra che era in parte lacerato, e continuata sul margine inferiore della lacerazione che non era altro che la parte più bassa del segmento antero-inferiore dell'utero, potei addossarla e riunirla alla parte posteriore su cui era applicato il laccio elastico e riuscii così a chiudere la vasta breccia che sempre esisteva ed a formare un peduncolo che trattai con metodo extra-peritoneale, perchè formato con tessuti lacerati e risultante da un utero che poco garantiva della sua asepsi e per potere in caso di emorragia consecutiva essere in grado di meglio dominarla. Completata la *toilette* del peritoneo con compresse di garza che prima erano state bollite, chiusi la ferita addominale con un triplice strato di sutura sierosa, muscolare e cutanea, facendo attenzione di bene addossare con la prima il peritoneo parietale a quello dei varii lacerti uterini che formavano il peduncolo, e così fu terminata tale operazione per eseguire la quale impiegai circa 50 minuti. Ricoperta la porzione esterna del peduncolo e la ferita suturata con jodoformio, feci la medicatura come si usa in simili casi. La cloroformizzazione era stata oramai sospesa da vario tempo, anzi si praticavano iniezioni eccitanti per scongiurare il grave stato di collasso. Quando la donna fu trasportata nel suo letto era completamente sveglia e diceva di sentirsi molto abbattuta, ma assai meglio che precedentemente alla operazione.

Il feto era in istato di incipiente macerazione; di sesso maschio, pesava 4 chilogrammi, aveva lunghezza normale; la placenta sempre attaccata ad esso per il funicolo ombellicale che non era stato reciso si presentava come questo imbevuta di meconio. L'esame dell'organo amputato non rivelava alterazioni patologiche macroscopicamente apprezzabili nel tessuto uterino, neppure in prossimità del margine supe-

riore della lacerazione che si presentava molto frastagliato. Sempre attaccati al viscere si trovavano gli annessi di ambedue i lati; le ovaie erano molto più slargate che nello stato normale. Induritele e fattene moltissime sezioni microscopiche e colorite variamente, vi si osservavano molti corpi lutei, alcuni antichi altri più recenti, qualche degenerazione cistica e in varii punti il riparto istologico di una ovarite interstiziale.

L'operata passò assai tranquilla la notte, riposò qualche ora, non ebbe vomito nè singhiozzo, potè reggere qualche cucchiaio di brodo e di vino; col cateterismo vennero tolti dalla vescica in due volte circa 300 grammi di orina limpida.

La mattina consecutiva quando visitai l'operata la trovai in condizioni abbastanza soddisfacenti, la temperatura era 37.°, il polso rialzato alquanto, la fisonomia composta, il ventre pianeggiante, leggermente dolente alla pressione. La donna diceva di sentirsi assai bene, il suo stato insomma era molto differente da quello che presentava avanti la laparotomia e specialmente subito dopo la rottura dell'utero, quando cioè ne fu ritenuta imminente la morte.

La puerpera stette bene, per quanto mi riferisce il medico curante, per 5 giorni, durante i quali potè nutrirsi; in seguito ad un purgante oltre il beneficio dell'alvo emise orina in discreta quantità e tutto faceva sperare in un decorso post-operatorio normale, quando alla fine del quinto giorno, preceduta da brivido, insorse la febbre, che raggiunse i 39 centigradi. Pregato di portarmi a visitare l'operata mi vi recai la mattina del settimo giorno dopo l'operazione; la trovai sempre febbricitante, ma con polsi abbastanza sostenuti, non vi era vomito nè singhiozzo, il ventre era pianeggiante; dalla medicatura che lo ricuopriva, che era molto imbrattata, esalava un odore molto nauseante di tessuto necrotico. Fatto preparare tutto per la medicatura, la feci riportare nella stessa stanza e sullo stesso tavolo su cui io l'aveva operata, ed allontanata la fasciatura mi si presentò la porzione esterna del peduncolo in stato di sfacelo; attorno ad esso qualche piccola raccolta di un liquame puriforme, varii punti superficiali che lo fissavano alle pareti addominali suppurati, come pure qualche altro punto cutaneo della sutura. Accertatomi che il coalito del peritoneo era completo anche tutto attorno al peduncolo, cominciai a lavare abbondantemente con una soluzione acquosa di sublimato al mezzo per mille la ferita addominale e la parte superficiale del moncone caduto in sfacelo, di cui asportai a colpi di forbice quanto più potei; allontanai l'ago di Spencer-Welles, con cui avevo trafitto il peduncolo, ed il laccio elastico cui sostituii, essendo il peduncolo oramai ridotto sottilissimo, una legatura con un cordoncino di seta i cui capi fissai con una piccola pinzetta di Pean per potere sempre a qualunque evento, dominare la parte bassa del moncone. Credo bene notare che io procedei in tal guisa in questo caso per le condizioni speciali della ferita e del pe-

duncolo; perchè quando dopo questa operazione il peduncolo subisce un processo di necrosi secca e tutto procede regolarmente, attendo la sua caduta naturale.

Nel lavare attorno al peduncolo mi accorsi che un poco di soluzione usciva dalla vagina, e difatti facendo bene attenzione verificai la esistenza di un piccolo tramite verso la parte sinistra del moncone da cui il liquido penetrava in vagina; della esistenza di tale comunicazione avevano dubitato anche il medico curante e la levatrice essendosi accorti, quando incominciarono a fare delle abbondanti lavande vaginali dopo insorta la febbre, che la medicatura si bagnava. Di tale complicanza per il momento credei bene di non preoccuparmi tanto più che ritenevo, che con il cicatrizzarsi della ferita e dello infundibolo del moncone, tale comunicazione si sarebbe richiusa come di fatto avvenne. Tolsi varii punti già suppurati ed altri che minacciavano di divenirlo, dopo lavata ricuoprii la ferita addominale e il residuo del peduncolo con jodoformio ed applicai la consueta medicatura.

In seguito la febbre mai più ricomparve; il curante medicò varie volte l'operata che andò sempre migliorando e dopo un mese era già alzata da letto. La ferita cicatrizzò completamente, l'infundibolo del peduncolo si restrinse moltissimo e il tramite di comunicazione con la vagina si richiuse completamente.

Ebbi occasione di rivedere questa malata il 24 Dicembre 1896, ossia dopo 5 mesi e mezzo dalla operazione; era ben nutrita, colorita in viso e diceva di sentirsi perfettamente bene. Invitatala a farsi esaminare lo fece di buon grado e trovai la cicatrice addominale regolarissima e pianeggiante anche nel luogo in cui era stato fissato il peduncolo ed ivi pure assai ristretta. Con la esplorazione interna combinata alla palpazione si sentiva il collo, unico residuo dell'utero, libero lateralmente e anteriormente; tanto all'esame con lo speculum che alla esplorazione interna la porzione infravaginale appariva in via di involuzione; l'isterometro si arrestava dopo essere entrato per un centimetro nella cavità cervicale.

Quantunque i parti precedenti di feti a termine e bene sviluppati avvenuti naturalmente e facilmente e le condizioni scheletriche della donna me ne rassicurassero, pure prima di licenziarla volli anche rendermi esatto conto delle dimensioni del bacino che trovai perfettamente normali. Esclusa dunque la esistenza di una viziatura pelvica, presentando il feto dimensioni normali ed essendoci noto, per ciò che ci riferivano il medico e la levatrice, che in questo parto eravi una presentazione di vertice, per quale meccanismo avvenne una sì estesa lacerazione del segmento inferiore dell'utero?

In questa donna se si accettui la pluriparità, mancavano le cause predisponenti alla rottura dell'utero, metriti pregresse, cicatrici, fatti degenerativi, ecc.; era escluso un ostacolo fetale e pelvico che impedissero la discesa della parte presentata. Secondo me la causa della rottura si deve ricercare nelle condizioni della bocca uterina che rigida ed a margini grossi mai si dilatò completamente; di fronte a questo ostacolo fatto dal collo uterino sempre rigido anche dopo la fusione della sua cavità con quella del corpo, si avevano energiche contrazioni della massa muscolare del corpo e del fondo uterino, quindi distensione passiva ed eccessiva del segmento inferiore e sua rottura nella parte anteriore e laterale sinistra. Che le contrazioni duravano da varie ore frequenti e fortissime lo raccontò la donna stessa la quale si esprimeva così: *mai negli altri parti ho avute pene così forti come in questo, sentivo proprio che vi era qualche cosa che impediva al figliolo di venire fuori.*

Rottosi in tal guisa l'utero, la parte presentata si rialzò, ma il feto non abbandonò subito la cavità uterina; infatti il medico curante trovò la testa rimontata a livello dello stretto superiore, mentre avanti la rottura era scesa fino nella parte bassa dell'escavazione; in tali condizioni tentò una prima volta, ma inutilmente, perchè la testa scivolava, l'applicazione del forcipe e quando cercò di applicare nuovamente tale strumento, la testa era ancora risalita e deviata dall'ingresso del piccolo bacino nè più accessibile; tali manovre molto probabilmente coadiuvarono il passaggio del feto nel cavo peritoneale.

Ho creduto bene di pubblicare tale caso occorsomi nella pratica, non perchè fu seguito da guarigione, quantunque in simili contingenze ogni vita che si arriva a salvare può ritenersi come un vero successo, essendo la rottura dell'utero un accidente su cui pesa anche oggi una prognosi ben triste, ma perchè un risultato simile era meno da attendere nelle circostanze in cui io dovetti operare, donna con rottura completa dell'utero, feto passato nella cavità addominale, in una casa di poveri coloni in Maremma, sopra un tavolo comune, in ambiente operatorio che poco o nulla garantiva. Credo anche sia bene che tali osservazioni siano rese di pubblica ragione, trattandosi di accidente che può capitare da un momento all'altro anche al pratico nelle città e nelle campagne, onde egli ne faccia tesoro e stabilita una esatta diagnosi intervenga attivamente. Ciò perchè il trattamento aspettante è stato bandito e non è oggi permesso che un medico per incompatibile

timore di nuocere, faccia a fidanza non dico sull'incapsulamento del feto come nella gravidanza extrauterina e sui casi descritti da Dubois, da Danyau e da Ross, ma nemmeno sul semplice vuotamento dell'utero lasciando il resto alla natura, condotta che nelle rotture complete dell'utero è sempre molto pericolosa.

Nelle rotture complete dell'utero, l'ostetrico interverrà secondo l'esigenze del caso, ora con la liberazione dalle vie naturali seguita dal drenaggio del punto lacerato, o come ha proposto il Dührsen zaffando con garza all'jodoformio utero e vagina e poi applicando una fasciatura addominale compressiva ed amministrando oppio in abbondanza; in altri casi sarà la laparotomia l'operazione con cui comincerà, decidendosi consecutivamente per la conservazione o per l'ablazione dell'utero a seconda delle circostanze.

La liberazione per le vie naturali dacchè viene fatta sollecitamente e con le più scrupolose cautele antisettiche, eseguendo sul feto quella delle operazioni che ne rendono l'estrazione il meno possibile dannosa alla madre, diminuendone anche se occorre il volume e la resistenza con un processo embriotomico, dà oggi risultati assai soddisfacenti.

Quindi nelle rotture poco estese quando tutto il feto è sempre contenuto nell'utero o è fuoriuscito da esso solo in parte, quando non vi siano altri fatti che complichino il caso, emorragie, discesa di anse intestinali, ecc., basterà estrarre il feto dalle vie naturali, disinfettare per quanto è possibile la parte lesa, drenare la ferita uterina, ed insistere nell'uso degli eccitanti. Con tale procedimento hanno ottenuto risultati favorevoli Riedinger, Herzfeld, Veit, Piskacek, Carl (1), Dhorn (2) ed altri.

Anche Reed ritiene che quando il feto è ancora contenuto nell'utero rotto nella presentazione di vertice, si deve estrarre col forcipe perchè il rivolgimento potrebbe completare la rottura se per caso è incompleta, quando il forcipe non riesce non vi si insista e si faccia la craniotomia; nella presentazione di spalla si faccia la embriotomia o il taglio cesareo, dando peraltro la preferenza a quest'ultimo, incidendo l'utero nella rottura incompleta e passando attraverso l'apertura che può anche essere ingrandita, completando l'operazione alla Sänger

---

(1) *Deut. Med. Wochenschrift*, N. 10-5, Marzo 1891.
(2) *Centratblat f. Gynäk.*, 1894.

o alla Porro. Anzi anche quando il feto e i suoi annessi furono estratti per le vie naturali, se la rottura è stata incompleta, il Reed consiglia di attenersi alle irrigazioni antisettiche, ma se la rottura fu completa preferisce la laparotomia, la pulitura del cavo peritoneale, la sutura alla Czerny o alla Lambert (1).

Con l'estrazione del feto dalle vie naturali a mezzo del forcipe e con consecutiva laparotomia ed ablazione dell'utero ebbe la guarigione in un caso di rottura di utero in soprapparto il dottore Piccinini (2).

Anche il prof. Pinzani eseguì la laparotomia dopo la craniotomia e l'estrazione di feto idrocefalico con il cranoclaste Braun, ma in tal caso la rottura spontanea dell'utero in soprapparto era stata sospettata e fu diagnosticata solo con certezza al momento dell'estrazione della placenta (3).

Quando vi è rottura completa dell'utero e il feto è caduto solo o insieme agli annessi nel cavo peritoneale la laparotomia è fuori di discussione. Non tutti gli ostetrici peraltro sono d'accordo sul modo di curare la ferita uterina. Alcuni, fatta la laparotomia ed estratto il feto, si limitarono a favorire le contrazioni uterine col massaggio e con la segale, altri praticarono il drenaggio dalla via vaginale. Il Blundell nel 1823 suggerì nelle rotture d'utero l'amputazione sopravaginale, che fu indicata anche da Porro nel 1875 ed eseguita da Prevot di Mosca per la prima volta nel 1878. Tale operazione fu fatta in un caso di tal genere da Slawiansky (4) e più volte in Italia da Calderini, Bossi (5), Pinzani e da altri.

Leopold, acerrimo sostenitore della laparotomia nelle rotture d'utero, nel 1889 propose la conservazione dell'utero, portando il tampone di garza jodoformica nella ferita uterina o nell'addome (6). Nel 1893 il Winter (7) sostenne egli pure la laparotomia e la conservazione dell'utero, ma sconsigliò la sutura. Merz (8) nel 1893 la raccomandò in

---

(1) *New-Jork Med. Journ.*, Novembre 1889.

(2) *Il Policlinico*, 15 Ottobre 1894, pag. 516.

(3) « Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. » Vol. I.

(4) Slawiansky. *Annales de Gynécologie*, Février 1886.

(5) Bossi. *Gazzetta degli Ospitali*, vol. XIV, pag. 116.

(6) Leopold. *Arch. f. Gyn.*, 1889.

(7) Winter. *Centralblat f. Gynäk.*, N. 1, 1892.

(8) Merz. *Arch. f. Gynäk.*, 1893.

ogni caso. La sutura della ferita uterina non ha avuta larga applicazione; Merz ne riferisce 24 casi con 10 guarigioni. Si è creduto di trattare una lacerazione uterina come l'incisione dell'utero nel taglio cesareo con il metodo così detto conservatore. Chi ha veduto ed eseguite delle operazioni sopra uteri lacerati, è ben convinto della differenza che passa fra queste due lesioni che dovrebbero essere curate con lo stesso trattamento; là margini frastagliati, contusi, spesso inquinati, ferita molto meno facilmente dominabile di quella cesarea fatta dal chirurgo, in quest'ultima invece le condizioni per eseguirvi una sutura sono abbastanza favorevoli. Certo è però che se in casi di simil genere, la lacerazione non fosse tanto estesa, dominabile in tutta la sua estensione, a margini non troppo contusi nè allontanati fra loro, con emorragia non tanto grave, sarebbe anche secondo me doveroso, una volta decisa la conservazione dell'utero, di praticare la sutura.

L'operazione di Porro nelle rotture dell'utero raramente è applicabile perchè le lacerazioni spontanee per lo più risiedono nel segmento inferiore, sono trasverse o leggermente oblique, talora si estendono fino all'unione del collo con la vagina, onde è che con tale operazione non ci si garantisce dalla emorragia e dalla sepsi, che possono derivare dalla parte di utero lacerato che dobbiamo conservare e che resta al disotto del laccio portato sul peduncolo.

Charles Underhill per allargare l'applicazione dell'operazione di Porro nelle rotture uterine, non potendo portare il laccio tanto basso da includervi tutta la ferita uterina che era quasi verticale, ne suturò avanti la parte inferiore (1).

L'estirpazione completa dell'utero in caso di rottura, consigliata per il primo da Schaeffer, è operazione che garantisce molto dalla emorragia e dalla sepsi, ma nella maggior parte di questi casi le gravi condizioni delle pazienti non ci permettono di eseguire tale operazione che richiede per essere portata a termine un tempo più lungo di una amputazione sopravaginale.

Nel caso che ho esposto non era neppure da pensare alla liberazione dalle vie naturali seguita dal tamponamento o dal drenaggio; il feto era uscito nella sua totalità dalla cavità uterina. Al momento

---

(1) *Edimburgh Medical Journal*, 1890.

della rottura la breccia doveva essere molto ampia per lasciare passare feto ed annessi; ma vuotatosi l'utero e per la retrazione e la contrazione delle sue pareti ridottosi al volume dell'utero puerperale e presane la posizione, tale breccia dovevasi essere molto diminuita; anche la cessazione naturale della emorragia che poco mancò non uccidesse la donna ed il successivo miglioramento autorizzavano a ritenere il notevole rimpiccolimento della ferita, specialmente quando io vidi per la prima volta la malata, ossia 24 ore dopo l'insorgenza di tale grave complicanza. Per tali ragioni ritenendo difficilissima e pericolosa l'estrazione del feto attraverso la rottura uterina la laparotomia si imponeva ed era anche indicata dai fenomeni d'incipiente peritonite.

Ma aperto il ventre e disinfettatane la cavità dovevo conservare l'utero e poteva bastare un tampone addominale e uterino come consiglia Leopold (1) o la sutura tanto vantata da Merz? (2).

Io credo di no; l'applicazione di un tampone addominale e uterino non mi garantivano di una emorragia, che quando dovetti smuovere ed allontanarne i coaguli sanguigni per rendermi conto esatto della lacerazione, si era di nuovo fatta imponente; neppure facilmente si sarebbe potuta fare una sutura, essendo i margini feriti molto frastagliati e contusi. D'altra parte si avevano nel caso in termini condizioni poco favorevoli per l'asepsi dell'utero e per la sua conservazione, essendosi aperto il sacco amniotico nel giorno precedente ed essendo state fatte ripetute esplorazioni e tentativi di liberazione dalle vie naturali. Dunque anche l'ablazione dell'utero trovava la sua giusta indicazione.

Dopo estratto il feto, dopo vuotato il peritoneo dalle materie che vi si erano riversate, sangue, meconio, liquido amniotico verdastro con fiocchi di vernice caseosa, essendosi rinnovata in seguito alla estrazione dell'utero imponente emorragia, la donna versando in condizioni tristissime e presentando fenomeni di collasso molto allarmanti, l'unica via da prendere era di gettare un laccio attorno alla porzione sopravaginale dell'utero quanto più in basso era possibile e di amputare al disopra di questo per dominare anche meglio il campo operatorio. Ma come era da attendersi, essendo la lacerazione in prossimità della piega

---

(1) Leopold. Loco cit.

(2) Merz. Loco cit.

cisto-uterina, il laccio non potè agire sulla parte anteriore del segmento inferiore e scivolò nel mezzo della ferita stessa la quale continuava a sanguinare dal suo margine inferiore. Applicativi dei klemmer e delle pinzette per l'emostasi provvisoria e poi sostituitivi per la definitiva dei lacci cessò completamente la emorragia. Dopo con una sutura continua a sopraggitto, cominciata dalla base del legamento largo di sinistra, riuscii a riunire tale lembo uterino che non era rimasto compreso nel laccio, al resto del peduncolo, e lo fissai insieme a questo all'angolo inferiore della ferita.

Queste le ragioni che mi indussero ad eseguire una amputazione sopravaginale e prima fra tutte lo stato dell'operata che imponeva di compiere quella delle operazioni che esigesse il minor tempo possibile. Si aggiunga anche che l'operanda giaceva sopra un comune tavolo e non sopra un letto operatorio che permettesse al bisogno di metterla nella posizione di Trendelenburg, molto vantaggiosa per eseguire una estirpazione totale dell'utero; la luce era incominciata a mancare perchè vicina la notte, ed il campo operatorio era rischiarato da pochi lumi tenuti in mano dai parenti della malata.

Infine, se è vero che l'amputazione sopravaginale nelle rotture spontanee dell'utero ha limitate applicazioni, per la frequente sede della rottura sul segmento inferiore ed ha l'inconveniente di lasciare in posto tutta la ferita o buona parte di essa, è vero altresì che ha dati buoni risultati in casi di simil genere. — Infatti il prof. Pinzani nel 1892 riuscì a riunire 47 casi di rotture uterine curate con l'amputazione sopravaginale, compreso il suo, ed in questi si verificarono 19 guarigioni, ossia il 40.43 0[0; percentuale questa di guarigioni che aumenterebbe notevolmente se si tenesse conto delle operazioni alla Porro, eseguite in questi ultimi anni.

Pisa, Febbraio 1897.

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Palermo
diretto dal Prof. G. Chiarleoni

Contributo allo studio della rotazione assiale dei tumori ovarici

DEL
Dott. PIETRO MARCHESI
Aiuto.

(Continuaz. e fine, vedi pag. 232).

La diretta azione degli intestini sulla produzione di una rotazione di una cisti ovarica, viene ammessa anche dal Küstner (già più volte citato), il quale però in ciò non si limita alla considerazione di una data porzione d'intestino, bensì di tutto il pacchetto intestinale. Secondo questo autore il pacchetto intestinale nei casi di tumori ovarici destri viene spostato a sinistra e posteriormente, in quelli sinistri invece viene spostato a destra e posteriormente; quindi i movimenti peristaltici intestinali agiranno sulla metà interna del tumore, di modo che nei tumori destri la forza essendo da dietro in avanti, la direzione della rotazione assiale deve essere da sinistra a destra; viceversa naturalmente per i tumori sinistri.

Questa teoria ha indubitatamente qualche fondamento di realtà, e dal modo come quella è esposta, evidente ne scaturisce questa, poichè gli intestini spostati da un lato o dall'altro coi loro movimenti verranno ad esercitare una pressione soltanto su di un segmento di tumore; e questo per ciò solo potrebbe essere costretto a ruotare verso il lato opposto a quello dove trovasi il segmento di tumore messo in movimento.

Una circostanza, la quale mi pare non sia stata presa in considerazione dal Küstner, è il meteorismo intestinale, il quale a volta a volta potrà spostare il tumore per la distensione degli intestini; altre volte però l'azione dei movimenti peristaltici potrebbe venire a mancare, quando cioè delle anse distese da gas si mettono al davanti del tumore. E questo fatto può ancora costituire una obbiezione alla teoria del Küstner, quando si prendano in considerazione i tumori ovarici di vo-

lume piccolo o medio, i quali certo non hanno il potere di spostare da un lato il pacchetto intestinale; anzi essi, come si può logicamente immaginare, sono da ogni lato in contatto con gli intestini, mantenendo scoperta la massima porzione della faccia anteriore del tumore.

Altri autori, mettendo in discussione questa teoria, hanno appunto cercato di completarla aggiungendo alla medesima altri fattori capaci anche di produrre la rotazione dei tumori ovarici.

Cario (1) invoca come precipuo fattore della rotazione delle influenze momentanee nel sollevare pesi forti, percosse, ecc.; ma anche una repentina modificazione della pressione endo-addominale in inspirazione profonda, un rapido svuotamento della vescica e del retto possono produrre pressione unilaterale sul tumore e così direttamente od indirettamente, per mezzo delle anse intestinali poste dietro o a lato del tumore, produrre una rotazione assiale con successiva torsione del peduncolo.

Dalla tesi di Mickwitz (2) rilevasi che oltre alle cause addotte dal Küstner, egli tira in campo anche l'azione dei muscoli trasversi dell'addome (come già Cario aveva accennato). Questa azione dovrebbe estrinsecarsi in modo che lo spostamento dei muscoli verso l'esterno (durante la contrazione), si trasmetta anche sui tumori che per lo più intimamente stanno addossati alla parete ventrale anteriore.

Il Mickwitz, a pag. 63 del suo lavoro, dà la spiegazione del fatto in questo modo: « Siccome il tumore destro essenzialmente occupa la » metà destra dell'addome ed il sinistro la sinistra, così per ambedue » si dovrebbe considerare in prima linea l'azione del muscolo omonimo, » il cui spostamento (scivolamento) trasportato sul rispettivo tumore, » troverebbe la sua espressione in una rotazione di esso da dentro e » in avanti in fuori, quindi in direzione tipica. Ritornando in riposo il » muscolo, anche la rotazione dovrebbe retrocedere, ma siccome la con- » trazione attiva del muscolo è molto più energica di fronte al suo ri- » lasciamento passivo, si deve bene ammettere, che i due impulsi » di movimento opposti, partecipati al tumore non sieno equivalenti,

---

(1) Cario. « Ueber mechanische Ursachen der Stieltorsion von Ovarialtumoren. » *Centr. f. Gyn.*, 1891, N. 18.

(2) Mickwitz. « Ueber die anat. u. Klin. Bedeutung der Stieltorsion. » *Inaug. Diss. Dorpat*, 1891.

» che piuttosto la rotazione di ritorno resti indietro a quella precedente; » le differenze così risultate potrebbero poi, come sopra, sommarsi an- » che ad un valore maggiore, cioè ad una distinta rotazione. » A tutto ciò ancora si dovrebbe aggiungere l'azione della peristalsi intestinale secondo Küstner.

Il ragionamento è molto ingegnoso e calzerebbe a meraviglia se le condizioni anatomiche delle singole parti fossero differenti. Si dovrebbe, secondo l'A., ammettere che la pressione endo-addominale sia tale da controbilanciare l'azione dei muscoli in modo da dare quasi al tumore un punto stabile su cui possa muoversi sotto l'impulso dei musculi; sarebbe come se si facesse scivolare un corpo tondeggiante colla palma della mano su di un piano resistente e fisso; e la minore estensione del movimento di ritorno dovrebbe anche essere data dalla pressione endo-addominale la quale terrebbe il tumore nella nuova posizione. Ma questa pressione è tale da controbilanciare la forza che il muscolo spiega sul tumore? è questa forza tale da fare muovere, anche per poco un tumore di considerevole grandezza? Io credo in verità che a queste questioni si potrebbe rispondere in modo negativo, attribuendo però all'azione dei muscoli trasversi e degli altri delle pareti addominali, quel tanto d'importanza che potrebbero avere in quanto colla loro contrazione e rilasciamento modificano la pressione endo-addominale.

Le modificazioni dell'utero esercitano indiscutibilmente la loro influenza sulla rotazione dei tumori ovarici; questa può avvenire sì in gravidanza che in sopraparto e puerperio, e per la relativa frequenza con la quale questi casi si sono osservati, potremo anche noi dire col Rémy (1) che la gravidanza si debba considerare addirittura come una causa della rotazione sull'asse. Il Hohl (2) a questo proposito dice che: « Non è un fatto molto raro che una cisti ovarica.... in puerperio sup- » puri e specialmente volontieri subentra durante il medesimo la tor- » sione del peduncolo. »

Variamente però una cisti può venire influenzata dall'aumento del volume dell'utero per la gravidanza, e dall'utero appena vuotato dal

---

(1) Hohl. « Zur Behandlung von Ovarialtumoren in Schvangerschaft, Geburt und Wochenbett. » *Archiv f. Gynäkologie*, XXV Bd., 2 Hft., 1896.

(2) Rémy. « De la grossesse compliquée de kyste ovarique. » Paris, 1886.

prodotto del concepimento. Il sollevamento della cisti da parte dell'utero, l'abbandono della saccoccia del Douglas, i movimenti in genere e gli spostamenti che dall'utero gravido vengono impressi alla cisti, e che possono essere collegati con un certo grado di rotazione assiale, sono le cause che da Barnes (1), Olshausen (2), Heiberg (3) vengono riguardate come producenti il fenomeno. Anche Spencer-Wells, Thornton (4), Sutton (5), Gooch (6) e Pozzi (7) hanno osservato la torsione del peduncolo in gravidanza, come pure Veit (8), John Edwards (9), Stansbery (10) e più recentemenie Sippel (11), il quale ha dovuto asportare una cisti in via di gangrena, per strozzamento del peduncolo, in secondo giorno del puerperio.

Parlando di questi casi non dobbiamo sottacere la nostra opinione che la gravidanza o meglio il parto sia *quasi* l'unica causa di una torsione e consecutivo strozzamento del peduncolo avvenuti acutamente, quantunque il Rémy (12) e con esso lo Schroeder (13) e lo Spiegelberg (14) credono che una rotazione di più di un giro non si possa fare acutamente: « È evidente che due giri di torsione (Nolting) (15), che tre giri (Thorn-
» ton), non possono prodursi di un tratto. Noi siamo dunque autorizzati...
» a pensare che molte volte l'apparizione degli accidenti non è che il
» risultato di un repentino aumento nel grado di torsione. Alle volte
» però, un mezzo giro (Stansbery), un giro e mezzo (John Edwards),
» hanno potuto bastare per dare degli accidenti mortali. »

---

(1) Barnes. « Maladies des femmes. » Trad. franç.

(2) Olshausen. « Die Krankheiten d. Ovarien. » Cap. XIII.

(3) Heiberg, cit. dal Rémy. *Diss. Kjobenh*, 1881. « Om ovarieswalsten som compl. ved Svangerskap. »

(4) Thornton. « Rotation of ovarian tumors, its etiology, etc. » *Am. journ. of the med. sciences.* » Ottobre 1888.

(5) Sutton, cit. da Rémy. « De la grossesse compliquée, etc., » pag. 78.

(6) Gooch. « Medic. and phys. comm. » Edinb., t. II, p. 369.

(7) Pozzi. « Rémarques cliniques et opérations sur 30 laparot. » *Ann. de Gynéc.*, Avril 1890.

(8) Veit. « Stieltortion Ovariotom. » *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1883, pag. 493.

(9) John Edwards. *The Lancet*, 1861, vol. II, pag. 336, cit. da Rémy.

(10) Stansbery. *Chicago med. Journ.*, 1877. - *Centr. f. Geb.*, N. 167.

(11) Sippel. « Laparotomie am zweiten Wochenbett age, etc. » *Centralbl. f. Gyn.*, N. 14.

(12) Rémy. » De la grossesse compliquée, etc., » pag. 58.

(13) Schroeder. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1879, pag. 381.

(14) Spiegelberg. « Lehrb. d. Geburtshülfe, » 1877, pag. 296.

(15) Nolting. « Grossesse et accouch. compliqués de tumeurs ovariques. » Thèse de Berlin.

Se noi imaginiamo i rapporti che un tumore ovarico (p. es. una cisti) di media grandezza può assumere di fronte ad un utero gravido nel terzo trimestre della gestazione, avremo che la cisti sarà posta dietro l'utero e nello stesso tempo spostata dall'uno o dall'altro lato, sì da poggiare preferibilmente su di una porzione laterale (destra o sinistra) dell'utero; imaginiamo anche che il peduncolo sia considerevolmente lungo ed il tumore privo di aderenze.

In questo caso l'utero che svuotandosi dal prodotto del concepimento, rapidamente diminuisce di volume, toglie un punto d'appoggio ad un lato della cisti, il quale lato tenderà a discendere o mentre l'utero diminuisce di volume, o poco dopo, ed in questa discesa per la sottrazione della pressione dal basso in alto, prenderà il sopravento la contropressione endo-addominale, sulla rispettiva porzione di tumore e così questa prima dell'altra tenderà a discendere, fino a che discendendo tutto il tumore esso ruoterà nella discesa. In questo modo, noi dovremo spiegare anche la rotazione del tumore nel nostro caso 5.°, delle complicazioni del quale si parlerà più tardi. In questo caso si ebbero i sintomi più allarmanti subito dopo il parto, ma nè la donna stessa da speciali sensazioni subiettive, nè dai fatti clinici ed anatomici osservati, abbiamo potuto mettere in luce se la rotazione fosse avvenuta durante il parto o nei primi giorni di puerperio. Durante il medesimo si verificano delle condizioni che dispongono specialmeute a variazioni di posizione del tumore e quindi anche, per l'abbassamento della pressione endo-addominale, lo svuotamento dell'utero, colla rotazione dello stesso, specialmente se il peduncolo dall'utero in via di sviluppo è stato stirato in lunghezza; a queste condizioni si aggiungono ancora la grande rilasciatezza delle pareti addominali, ed i bruschi cambiamenti di posizione, che in una puerpera sono inevitabili. Il Löhlein ha osservato sei di questi casi, di cui uno ultimamente (1).

Nel riferire due casi di torsione del peduncolo, il Coen (2) fa notare come in ambedue trattavasi di donne sgravate da poco tempo, e quindi attribuisce la causa della torsione alla maggiore mobilità delle

---

(1) Loehlein. « Der Einfluss des Wochenbettes auf Ovarialcystom. » *Zeitschrift f. praktische Aerzte*, 1896, N. 7. - *Centralbl. f. Gyn.*, 4 Luglio 1896, N. 27.

(2) Coen. « Due casi di cistoma ovarico complicato da torsione del peduncolo, peritonite acuta, laparotomia, guarigione. » *Rivista di Ost., Gin. e Pediatria*, Ottobre 1896.

cisti, alla rilasciatezza delle pareti addominali, alla involuzione uterina, coadiuvati dal solito complesso di cause numerose, anche da me suaccennate.

2.° Nel secondo ordine di cause che noi abbiamo distinto, studieremo quelle che cagionano la rotazione del tumore più specialmente per peculiari condizioni inerenti al tumore stesso. Devesi però premettere che in concomitanza a queste, devono sempre esistere delle condizioni estrinseche predisponenti alla rotazione.

Un tumore, estremamente mobile, per un movimento del corpo, per una variazione della pressione endo-addominale, è costretto a spostarsi da un lato all'altro del grande bacino. In questo movimento, quantunque esso si trovi in condizioni difficili per la rotazione, essendo un corpo liscio tondeggiante che si muove entro due pareti pure molto liscie, esso, o da parte della colonna vertebrale, o da parte dell'utero o anche per uno stiramento del peduncolo (il quale, per troppa cortezza o per lo ineguale sviluppo delle singole sue parti componenti, dà un qualche impedimento alla libertà dei movimenti del tumore), troverà un ostacolo al suo libero movimento e quindi per uno squilibrio in esso avvenuto per lo spostamento del centro di gravità, sarà costretto a ruotare.

È una condizione che favorisce questo modo di rotazione è una forma non perfettamente simmetrica del tumore (ovoidea) ed il differente peso delle singole porzioni del tumore, ciò che si dice avvenga nelle cisti dermoidi. Il nostro caso 5.° è una dimostrazione abbastanza chiara della possibilità che nello stesso tumore vi sieno delle porzioni più pesanti; infatti trattavasi in questo caso di un grande cistoma di cui la loculazione maggiore era a contenuto sieroso e la porzione postero-inferiore era formata da un ammasso di piccole cisti a contenuto colloide, di cui una anzi era dermoide; in questo caso certamente il centro di gravità era molto avvicinato a questa porzione di tessuto spesso e pesante sì da far cadere in basso per la prima questa porzione, qualora il tumore fosse stato messo fuori il suo normale equilibrio.

Lo stesso potremo dire per le cisti dermoidi, se con l'Olshausen volessimo considerare in queste cisti come più pesante il punto d'impianto ad esempio dei denti o delle altre formazioni solide che vi si possono contenere; allora un leggero spostamento del tumore, una leggera spinta, la mancanza repentina di un punto di appoggio, farà in

modo che il centro di gravità della cisti si sposterà e questa traboccherà dalla parte più pesante.

Si opporrebbe a questo ragionamento la seguente considerazione: se in una cisti dermoide le singole parti che la costituiscono si sviluppano e crescono parallelamente, sin dall'origine la cisti dermoide colla sua porzione più pesante guarderà in basso, quindi, anche se la cisti è sottoposta ad una leggera spinta non si può venire mai ad una rotazione, ma ad un leggero spostamento. Logicamente quindi si dovrà pensare che anche queste, come le altre cisti, come tutti i tumori peduncolati addominali, vanno nella loro rotazione soggetti ad un altro ordine di cause, considerando quelle inerenti al tumore come predisponenti. Lo stesso dicasi per un tumore ovoidale nel quale l'estremo più grosso, perchè più pesante, abbia la tendenza a mantenersi in basso.

Si è detto che anche lo svuotamento della cisti a mezzo aspirazione del liquido produca la rotazione del tumore. Afflosciatasi la cisti, quel po' di liquido che rimane, si raccoglie in basso, in modo da fare adagiare sulla parete inferiore pelvica una porzione di superficie che a cisti piena stava p. e. contro le pareti addominali; se questa porzione di superficie per un motivo qualunque, ma specialmente per qualche aderenza che potrebbe contrarre nella nuova posizione, o per il peso proprio o per quello del liquido che a poco a poco va riproducendosi, o per la pressione endo-addominale viene tenuta nella nuova posizione, la cisti si riempirà nuovamente mantenendosi in posizione diversa dalla primitiva, in modo che il peduncolo stesso seguendo la cisti nel suo riempimento dovrà anch'esso girare; se questo fatto avviene ripetute volte la torsione si farà sempre più accentuata.

Altre cause, inerenti al tumore stesso, sarebbero la congestione mestruale accennata dallo Imbert (1) ed il repentino arresto della mestruazione, come il Thornton (2) potè osservare in 4 casi, prodotto da un improvviso raffreddamento.

Il caso osservato dal Muratoff (3) forse potrebbesi attribuire anche

---

(1) Imbert. « Quelques considérations sur la rotation des tumeurs d'ov. et de l'ut. » *Arch. de Gyn.*, Avril 1892, pag. 297.

(2) Thornton. « Rotation of ovarian tumors, etc. » *Am. journ. of med. sc.*, Oct. 1888.

(3) Muratoff. « Ueber einen Fall v. Stieltorsion einer Ovarialtum. bald nach Erscheinung d. ersten Menstr. » *Medizininskoje obosvenie*, A. 22.

a questo ordine di cause, avendo egli osservato lo stabilirsi di una torsione del peduncolo poco dopo la comparsa della prima mestruazione.

In verità io non saprei spiegarmi su quali criteri si fondino queste ipotesi, se non ammettendo una grande influenza della congestione mestruale sulle condizioni circolatorie e quindi di equilibrio nelle cisti ovariche stesse, cosa che ancora resta a dimostrarsi.

Come quelle che starebbero in mezzo tra il primo ed il secondo ordine di cause, accenneremo alle aderenze che possono venire contratte da un tumore addominale peduncolato.

Queste da qualcuno sono state invocate come cause della rotazione, ma piuttosto sarebbero da considerarsi come effetto della medesima; in un caso solo, e cioè in quello già accennato della puntura della cisti potrebbero entrare attivamente in giuoco; in tutti gli altri casi sono da riguardarsi come avvenute in conseguenza della rotazione (Zweifel) (1). Del resto in quei casi, nei quali le aderenze mostravano anche esse una spira, essendo state trascinate nella rotazione dal tumore, dimostrano abbastanza chiaramente come esse non prendano alcuna parte attiva nella rotazione; e se per avventura ad esse si volesse attribuire una parte, sarebbe certamente quella di ostacolare i movimenti rotatori del tumore, a meno che non sieno estremamente fini, sottili e cedevoli, ovvero unite ad organi mobili e facilmente spostabili (intestini), nel quale caso, venendo questi trascinati nel movimento del tumore, alle volte per il loro incarceramento dànno dei fenomeni gravissimi. Casi simili furono descritti da Mackenrodt (2) e da Veit (3).

Dei nostri sette casi quattro avevano contratto aderenze e precisamente uno coll'utero, due coll'epiploon ed uno cogli organi della piccola pelvi e coll'epiploon. In tutti questi le aderenze si erano prodotte dopo la torsione del peduncolo, quando cioè nel tumore le alterazioni circolatorie furono tali da produrre un essudato fibrinoso che faceva aderire, per parziale peritonite, il tumore agli organi vicini. Notisi che nei tre casi nei quali esistevano vaste aderenze epiploiche le sofferenze erano state maggiori che negli altri.

3.° Le cause che dallo esterno possono influire sulla rotazione di

---

(1) Zweifel. « Vorlesungen der gyn. klinik. » 1892, pag. 86.

(2) Mackenrodt. « Tumor ovarii mit Stieltorsion. » *Zeitschrift f. Gyn.*, Bd. 21, S. 451.

(3) Veit. « Malattie delle donne, » 1876, pag. 323.

un tumore sono molteplici: urti, cadute, percosse, manovre per fare la spremitura della placenta e manovre semplicemente fatte a scopo diagnostico (Martin) (1), le quali possono dar luogo anche ad uno strozzamento acuto. Le osservazioni in proposito sono molto rare, quantunque Lutaud (2) abbia veduto che in certi casi favorevoli, colla palpazione si poteva produrre la torsione e poi con uguale facilità produrre anche la detorsione, anzi in un caso di tumore estremamente mobile egli potè far ruotare il tumore nell'uno e nell'altro senso, fino a che dei dolori intensi non lo inducevano a ricondurre il tumore nella posizione primitiva. La rarità e la peculiarità di questa osservazione è tale che in verità sembra poco credibile, data anche la difficoltà di fare ruotare un tumore a pareti liscie attraverso le pareti addominali, le quali non potevano che soltanto in parte trasmettere al tumore le pressioni e contropressioni che colle mani si esercitavano sulle medesime (3).

Ho a bella posta riserbato l'accenno della più ingegnosa teoria per ultimo, tanto per la sua originalità, quanto anche perchè presentemente essa viene accolta con grande favore dai più insigni clinici.

È questa la teoria emessa nel 1891 dal Freund (4). Egli fonda la sua teoria sulla legge della torsione nella crescenza degli organismi, legge emessa per la prima volta da E. Fischer (5). Secondo quest'ultimo la torsione assile è una funzione della cellula vivente, e la crescita degli organismi avviene sotto una costante torsione assile a spirale; in caso di organismi bilateralmente simmetrici, questi, se originano dal lato destro del corpo hanno una torsione di crescenza a spirale sinistra, se originano dal lato sinistro del corpo ne hanno una destra. Fischer riferisce queste condizioni anche alle ovaie, ai legamenti ovarici, trombe e legamenti larghi. Applicando queste vedute alla torsione del peduncolo, Freund distingue due stadii nello sviluppo dei tumori

---

(1) Martin. « Trattato delle malattie delle donne. » Trad. Pestolozza, pag. 420.

(2) Lutaud. « Manuel des maladies des femmes clinique et opératoire. » Paris, 1895, p. 438.

(3) A questo proposito voglio accennare che in un caso di fibroma sottosieroso del fondo, a lungo peduncolo, mediocremente grosso, estremamente mobile, sì da venire facilmente portato fino negli ipocondri, mi è riuscito impossibile di farlo ruotare sul suo asse, o almeno di accorgermi se ciò fosse avvenuto. Naturalmente all'operazione non si trovò traccia di rotazione.

(4) Freund. « Der gewôhnliche u. ungewôhnliche Wanderungsmechanismus wachsender Eierstocksgeschwülste. » *Volkmann's Samml. Klin. Vortr.*, N. 361-62.

(5) E. Fischer. « Das Drehungsgesetz bei dem Wachsthum der Organismen, » 1884.

ovarici, durante i quali questi subiscono delle variazioni nella loro posizione.

In un primo stadio, fino a che il tumore è ancora intrapelvico, la sua tendenza è di svilupparsi dietro l'utero e mantenere il peduncolo in modo che il punto d'impianto guardi in avanti; nel secondo stadio quando il tumore si fa extrapelvico, esso tende a cadere in avanti verso le pareti addominali, ed il suo peduncolo si trova posteriormente ad esso.

Da ciò egli conclude, che in tutti i casi, dove senza ostacoli un tumore è giunto al secondo stadio, vi si troverà una torsione del peduncolo a sinistra nei tumori destri, a destra nei tumori sinistri.

Un autorevole sostenitore di questa teoria è A. R. Simpson (1), il quale descrive tre casi di rotazione assiale di tumori ovarici, i quali avevano ruotato secondo la legge del Freund. Nel primo caso trattavasi di una cisti ovarica destra che aveva ruotato a sinistra, nel secondo e nel terzo di cisti ovariche sinistre che avevano ruotato a destra.

Olshausen (2) e Fritsch (3) sono d'accordo con il Freund riguardo alla produzione della rotazione durante la caduta in avanti della cisti mentre si fa extrapelvica. Fritsch vuole che un tumore, uscito dal piccolo bacino, cerchi un appoggio sulla parete addominale anteriore, ciò che per solito deve avvenire durante la stazione in piedi della donna, e naturalmente essendo il tumore libero da qualunque aderenza, e che ciò facendo il peduncolo venga alquanto stirato; la faccia superiore del tumore allora cade in avanti, il tumore quindi ruota per un quadrante e l'utero che prima stava al davanti del tumore, ora viene cacciato indietro.

Finalmente si esprime Freund sostenendo che nella caduta in avanti nel grande bacino avviene *sempre* la rotazione e conclude che se la torsione manca, vi debbono esistere delle anormalità. Pure ammettendo questa torsione come *primaria* e tanto leggera da non avere alcuna importanza clinica, non è detto che questa si trovi in tutti i casi, e nei casi dove essa manca ci è giuocoforza pensare che la teoria del Freund non è assoluta, oppure che in questi casi sia avvenuta una

---

(1) A. R. Simpson. « Three cases illustrative of Herman Freund's law of pedicle torsion in ovarian tumours. » *Obstetr. Soc. of Edinburgh*, 9 May 1894.

(2) Olshausen. « Krankheiten der Ovarien. » Stuttgart, 1886.

(3) Fritsch. « Krankheiten der Frauen. » Berlin, 1894.

detorsione del peduncolo, cosa relativamente facile secondo Wiser (1) e che dipende specialmente dalla costituzione del peduncolo. Questo, se corto e largo porrà dapprima degli ostacoli (ostacoli che però secondo la legge di Fischer-Freund non hanno motivo di essere), alla torsione; ma quando questa sia avvenuta e sia di leggero grado, si avrà una grande tendenza al ritorno alla posizione primaria, ciò che può accadere.

Ma noi certamente non ci fonderemo su queste vedute puramente teoriche, per sostenere che la rotazione primaria del Freund avvenga in tutti i casi, nè tampoco che la torsione di cui parla Wiser possa venire riguardata come cosa normale in qualunque caso, poichè nè dell'uno nè dell'altro possiamo avere una dimostrazione clinica inconfutabile. Esistono dei tumori ovarici a peduncolo corto e largo nei quali non si trova traccia di alterazioni per una pregressa rotazione, e ciò dovrebbe avvenire se per avventura il tumore avesse primariamente subìto una rotazione. Non è forse il Wiser stesso che ammette la possibilità della manifestazione dei sintomi consecutivi allo strozzamento del peduncolo anche in seguito ad una torsione di 45° soltanto, e ciò solo in casi di peduncolo largo e corto? È cosa giustificabile l'ammettere che appunto in questi casi la detorsione avvenga con tanta facilità senza che la rotazione abbia lasciato di sè traccia alcuna? Io credo che senza prolungare il ragionamento per rispondere a queste questioni, chiaro risulta come la spiegazione del Wiser per sostenere l'assolutismo della teoria del Freund sia tutt'altro che sufficiente.

Venendo ai casi da noi riportati e considerandoli dal punto di vista della teoria del Freund, vediamo che il solo caso IV è contrario a detta teoria, poichè trattandosi di un tumore sinistro, esso ha ruotato a sinistra invece che a destra. È questo appunto il caso unico dei nostri il quale, se bene ho compreso, segue la rotazione *tipica* nel senso del Küstner.

Non vorrei qui trarre in campo il paragone delle due forze uguali e contrarie che si distruggono, per dire che delle due teorie noi non possiamo accettarne alcuna, e più che per altro per il differente punto di vista da cui sono partite e ancora perchè non esiste fino ad ora un accordo che possa mettere fine alle divergenze nella comprensione del

---

(1) Wiser. « Ein Fall von Axendrehung einer Parovarialcyste. » Diss., Bonn., 1895.

senso della rotazione; purtroppo questo accordo è di là da venire e chi sa per quanto tempo ancora esso sarà semplicemente un *desideratum.*

Uno degli ultimi lavori che sull'argomento mi sono venuti sott'occhio è quello di Cale (1), il quale citando qualche caso suo e di altri non dice riguardo alle cause, che tutto quello già ripetuto da altri; osserva quindi che la direzione della torsione non è costante.

E sulla direzione della torsione, in verità, è questa la migliore conclusione alla quale si possa addivenire nel momento attuale; sono tali le divergenze, che le teorie o leggi in sul proposito non reggono e che chi più chi meno i varii autori cercano di risolvere il problema aggrappandosi a questa o quella opinione, senza un fondamento scientifico e clinico bene valutato.

Così anche vi è un notevole disparere riguardo al lato verso il quale le cisti ovariche vanno preferibilmente soggette alla rotazione. Lawson-Tait e Veit (2) hanno osservato più di frequente la rotazione avvenire a destra; Olshausen (3) l'ha vista più di frequente a sinistra; Röhrig (4) e Thornton (5) l'hanno trovata indifferentemente dai due lati e finalmente noi tra 25 cisti di cui 11 destre e 14 sinistre, abbiamo osservato la rotazione 4 volte a destra e 3 a sinistra, quindi più frequentemente a destra.

A questo punto stando le cose, con le opinioni svariate e contrarie sulle cause che producono la rotazione del tumore ovarico e conseguente torsione del peduncolo, abbiamo veduto che qualcuna di esse alle volte basterebbe da sola a dare la spiegazione del fatto, altre volte invece no; che le leggi e le teorie emesse, se a certi casi si possono adattare, per molti altri soffrono delle eccezioni. Bastano però queste eccezioni, basta la monca spiegazione delle medesime per dimostrare il disaccordo che regna sull'argomento e come ancora si sia molto lontani dalla soluzione della questione.

Eppure anche in ciò si potrebbe trovare con deduzioni e vedute teoriche una via soddisfacente che dia ragione un po' a tutti (come

---

(1) Cale. « Axial rotation of ovarian cysts. » *Am. Gyn. and Obst. Journal,* July 1895, pag. 60.

(2) Veit. « Malattie delle donne. » 1876.

(3) Olshausen. « Krankheiten der Ovarien. »

(4) Roehrig, cit. Pozzi. « Trattato di ginecologia, » pag. 716.

(5) Thornton. « Rotation of ovarian tumors. » *Am. Journal of Obst.,* 1888.

del resto si è già tentato di fare), se si trattasse sempre e semplicemente di tumori ovarici, ma un'altra circostanza viene a complicare la questione, circostanza per sè molto rara, ma pure esistente e che in un fatto o in un altro avrà pure la sua causa. Intendo parlare della rotazione assiale dei tumori dell' utero ed in certi casi rarissimi di quelli dell' utero stesso.

I casi di Imbert (1), di Hornaus (2), di Johnson (3), di Piccinini (4), di Eatsmann (5) sono abbastanza caratteristici. Imbert e Johnson descrivono due casi di tumori fibrosi dell'utero, a lungo peduncolo, che avevano compiuta la rotazione: il tumore del primo mostrava nel suo interno dei focolai di rammollimento con probabile degenerazione sarcomatosa.

Hornaus descrive un caso di un fibroma dell' utero diagnosticato fino da 16 anni prima, nel quale repentinamente si stabilirono tutti i sintomi di una peritonite e dove alla autopsia si potè notare un fibromioma dell'utero con separazione del corpo dell'utero dal collo, torsione del peduncolo in questo modo formato e successivo strangolamento della massa soprastante al punto strozzato. Egli non sa darsi ragione del come sia avvenuta la torsione.

Riguardo alla separazione del collo dal corpo, egli ammette due ipotesi: o che questa fosse congenita, oppure che la torsione, essendo lentamente avvenuta, avesse separato il collo dal corpo.

Piccinini descrive anche un caso, nel quale la porzione sopravaginale del collo faceva da peduncolo ad un mioma dell'utero (gravido al 4.° mese) ed era torta per un giro su sè stessa da sinistra a destra.

La singolarità del caso e la originalità della spiegazione mi inducono a riportarla con le testuali parole (loc. cit., pag. 134): « Per dare » una probabile spiegazione del fatto, bisogna pensare che le contrazioni

---

(1) Imbert. « Quelques considérations sur la rot. des tumeurs de l'ovaire et de l'ut. » *Arch. de toc. et de gyn.*, Avril 1892, pag. 297.

(2) Hornaus. « An extraordinary case of twisting of the uterus, etc. » *Am Journal of Obst.*, vol. XXV, pag. 379 e segg.

(3) Johnson. « Five cases of ovarian tumours and one of uterine tumor with twisted pedicle. » *Am. Journ. of Obst.*, vol. XXVI, 1892, pag. 233.

(4) Piccinini. « Contributo allo studio della rotazione assiale dei tumori addominali. » *Annali d'Obst. e Gin.*, Febbraio 1892, N. 2, pag. 132 e segg.

(5) Cit. da Çale. « Axial rotation, etc. » *Am. Journ. of Gyn. and Obst.*, July 1896, p. 60.

» iniziate, quando la piccola cavità uterina non potè più distendersi, » e non valide a spingere il feto a traverso una via non dilatabile, » dovettero esercitare una vis a tergo il cui effetto non poteva essere » che la rottura delle pareti o una spinta indietro del tumore. Non » potendosi, per la speciale resistenza della parte, verificarsi il primo » fatto, si verificò il secondo a cui tenne dietro la torsione. »

La minuta disamina del caso e la discussione della spiegazione datane ci porterebbero troppo in lungo; ci limitiamo a dire solo che la vis a tergo esercitata da poco valide contrazioni, non poteva imprimere ad un tumore tanto voluminoso un movimento di rotazione, ma piuttosto che, data la differente consistenza dell' utero gravido e del tumore, per ineguaglianza di peso e per squilibrio nella pressione endo-addominale, sia avvenuta una graduale rotazione, la quale ad un certo punto ha dato i fenomeni di strozzamento del peduncolo,

Eastmann, racconta di avere osservato un caso di fibroide del peso di 15-20 libbre, ruotato sul suo asse, insieme all' utero, il quale si era completamente separato dalla vagina.

Per i tumori peduncolati dell' utero, potrebbero fino ad un certo punto, applicarsi le cause sopraenumerate per i tumori ovarici, ma per i casi di rotazione dell'utero sul collo, ciò non può assolutamente valere.

Winter (1), toccando di volo le cause di questa torsione, accenna alla rotazione dell'utero in massa (sulla vagina), specialmente in casi in cui un angolo dell' utero vien spostato per raggrinzamento delle pieghe del Douglas, e a quella del corpo sul collo in casi di uteri con miomi sottosierosi o di tumori ovarici a breve peduncolo.

Ma questa spiegazione per noi è ancora insufficiente, ed il motivo della torsione nell'aumento di volume, sia per qualche tumore o sia pure per la gravidanza è soltanto relativo, non assoluto.

Un fatto abbastanza noto della patologia ostetrica veterinaria e che trova il suo analogo nella patologia ostetrica umana, è quello della torsione dell'utero gravido nella vacca (accidente che raramente avviene nelle altre bestie); accidente che in questa si osserva con una certa frequenza, mentre nella donna esso è di una estrema rarità. A spiegazione del fatto si è invocata la frequenza delle cadute della vacca sul suo treno posteriore in modo che per lo squilibrio del corno

---

(1) WINTER. « Lehrbuch der Gynâkologischen Diagnostik. » Leipzig, 1896, pag. 148-149.

uterino gravido, questo è costretto a cambiare di posizione e quindi ruotare per uno o più giri (Saint-Cyr) (1) e poi anche l'abitudine che hanno certe vacche di ravvoltarsi sul terreno, in altre il meteorismo per mezzo dello spostamento dei visceri, le fatiche eccessive, deformità o cattive posizioni del feto; per i dolori e quindi le contorsioni nel travaglio e finalmente per lo stiramento dei ligamenti larghi (G. Fleming) (2).

Fisiologicamente si osserva nella donna sempre una leggera torsione dell'utero intorno al suo asse longitudinale, da 1|8 a 1|4 di cerchio; è questo fatto, io ho pensato, che potrebbe venirci in aiuto nella interpretazione di una rotazione dell'utero gravido o dell'utero ingrandito per un tumore non peduncolato. Ma poco in verità abbiamo potuto attingere a questa fonte, essendochè la esagerazione del fattore che fisiologicamente produce un leggiero grado di torsione non può aver luogo, almeno secondo le spiegazioni che fino ad ora si sono date. Così secondo Cuzzi (3), l'origine di questa rotazione è da cercarsi nella deviazione laterale dell'utero stesso; poichè quando l'utero è deviato, esso è spinto in avanti dalla colonna vertebrale col bordo opposto al senso della deviazione, ed il Braune (4) pensa che la modalità dell'utero per cui facilmente cambia di posizione secondo la posizione della donna, possa dare la ragione del fatto.

Dunque anche per la rotazione dell'utero, dovremo dire che vi devono essere molte cause predisponenti, e che su per giù sono quelle che più o meno valgono anche per la rotazione dei tumori uterini ed ovarici.

In ogni modo io sono dell'avviso, che tutti i tumori addominali, purchè si trovino in condizioni tali da poter ruotare intorno al proprio asse, lo possano fare e lo facciano per la influenza di una serie di cause molteplici che noi chiameremo predisponenti, sotto la dipendenza delle cause occasionali, date da un solo ordine di fatti, che potrebbe ridursi, condizionatamente anche ad un fatto solo.

Un tumore sia esso ovarico o uterino, ma per la sua topografia

---

(1) Saint-Cyr. « Obstetr. véterinaire. » Paris.

(2) G. Fleming. « Trattato di ostetricia veterinaria. » Trad. Boschetti, pag. 314 e segg.

(3) Cuzzi. « Trattato di ostetricia e ginecologia. » Parte I, pag. 313.

(4) Cit. da Schroeder. « Trattato di ostetricia. » Trad. Rocca

situato in modo da poter mutare di posto, e per la sua costituzione anatomica costrutto così da poter farlo facilmente, messo in condizioni tali da subire da parte di un agente meccanico o dinamico delle spinte e controspinte, potrà in una od altra guisa muoversi, spostarsi e perfino ruotare, quando l'agente avrà esercitato la sua influenza per un certo tempo ed in una determinata direzione. Ma anche i tumori poco mobili vanno soggetti a questo ordine di cause e un esempio di ciò l'abbiamo nel nostro caso terzo, dove si trattava di una pesante cisti dermoide che ancora non erasi fatta estrapelvica.

Lo studio dei fatti adunque ci porta a pensare che la rotazione di un tumore viene occasionata da una o da un complesso di cause, le quali sono inerenti alla vita stessa delle donne ed agiscono sul tumore non appena questo ha acquistato un dato volume.

E queste cause più che per sè stesse, agiscono per una variazione di quel fattore per il quale gli organi contenuti nella cavità addominale vengono mantenuti costantemente nel loro posto normale. È questa la pressione endo-addominale della quale Schatz (1) molto dettagliatamente si occupa in un suo lavoro.

Secondo questo autore lo spostamento degli organi addominali superiori (fegato, milza, reni) è dovuto ad una mancanza della contropressione endo-addominale negli organi suddetti, i quali, pesanti, malamente fissati in alto, tendono a discendere appunto quando per il poco riempimento dello addome la contropressione viene a far difetto.

È inutile che si ricordi come la pressione endo-addominale sia una pressione negativa, la quale viene seriamente influenzata da tutte le modificazioni di forma e di contenuto nella cavità addominale stessa. Ogni qualvolta si contraggono i muscoli delle pareti addominali, per poi più o meno repentinamente rilasciarsi, ogni qual volta una forte ispirazione è seguita da una rapida e forzata espirazione, ogni qualvolta gli intestini stessi rapidamente si muovono o si riempiono o si svuotano, e quando il corpo stesso in un movimento brusco fa sì che i visceri della cavità addominale si spostino; in tutti questi casi l'equilibrio normale della pressione endo-addominale, soffre, viene alterato, nel senso che a seconda del movimento o della pressione, essa si farà

(1) Schatz. « Pressione intraddominale e spostamento degli organi della cavità addominale. » Quarto congr. soc. german. di ginec., Bonn, 21-23 Maggio 1891.

maggiormente sentire su di una parte della cavità con i suoi organi contenuti, anzichè su di un'altra e potrà così imprimere a detti organi o neoformazioni dei movimenti ineguali, che a lungo andare diventando costanti fissano addirittura l'organo o altro in una nuova posizione, anche in virtù delle alterazioni che in questo modo nell'interno dell'organo si producono.

Se coll'Aveling (1) vogliamo ammettere che la stazione in piedi, o seduta o prona esercita una cattiva influenza sulla statica dell'utero per le variazioni della pressione endo-addominale nelle differenti posizioni; se col Mackenrodt (2) vogliamo ammettere che la posizione alta o bassa dell'utero dipende dalla varia influenza che la pressione endo-addominale esercita principalmente sulla faccia posteriore dell'organo, perchè non dovremo concepire condizioni analoghe nel caso di un tumore, il quale, molto più mobile dell'utero stesso, deve andare più facilmente soggetto alle influenze, alle quali quello risponde pur tanto facilmente con un mutamento di posizione?

Se le teorie di Lawson-Tait e di Küstner possono a rigore venire comprese in questo ordine di fatti, pure sono ben lungi dall'essere informate allo stesso concetto, e per quello che possono valere entrerebbero a coadiuvare le molteplici circostanze accessorie che costituiscono ciò che chiamansi le variazioni della pressione endo-addominale.

Su per giù la stessa idea ha guidato anche Cario nella spiegazione del fenomeno, ma mentre egli la attribuisce ai casi acutamente torti, io, rifiutando, come più tardi si vedrà, la possibilità di una torsione acuta (tranne che in un caso solo), invoco questo complesso di fatti appunto per sostenere il concetto di una azione lenta, continua e molteplice. Tutto ciò che il Cario attribuisce a causa di repentina alterazione della pressione endo-addominale (espirazione, sollevamento di pesi, ecc.), io lo vorrei invece trasportare nel campo delle abitudini normali di vita della donna, tanto è vero che nei nostri casi, nessuna aveva potuto attribuire come a causa dei suoi disturbi uno sforzo, un lavoro eccessivo, una caduta, o simili.

---

(1) Aveling. *Archives de tocologie*, 1878.

(2) Mackenrodt. « Ueber die Ursachen der normalen und pathologischen Lagen des Uterus. » *Archiv f. Gynäkologie*, Bd. 48, III, Hft.

E siccome, partendo da questo principio, bisogna a fortiori ammettere che queste influenze nelle rispettive donne sieno sempre esistite, si dovrà pure ammettere che esse abbiano incominciato ad agire sul tumore sin da quando questo era in grado di subìre delle modificazioni di posizione, e fra queste influenze non ultime certamente metteremo i movimenti intestinali che colle loro diversità contribuiscono non poco alle variazioni della pressione endo-addominale.

Conchiuderemo dunque che la rotazione di un tumore ovarico o uterino che sia, con relativa torsione del peduncolo, dipende da un certo numero di svariate influenze di pressione e di contropressione che su di esso vengono esercitate dalle variazioni costanti ed innumerevoli della pressione endo-addominale, la quale comincia ad influenzare il tumore, non sì tosto che questo acquista una mobilità discreta, che gli viene concessa anche dalla relativa lunghezza e sottigliezza del peduncolo.

Dobbiamo però nello stesso tempo ammettere che, perchè la rotazione possa farsi e di grado non sempre leggiero, le suddette influenze, per quanto svariate, nei relativi casi devono sempre esercitarsi in un dato senso e sempre più su di una determinata porzione di tumore, perchè altrimenti la rotazione non avverrebbe addirittura.

Ed ecco come io cerco di spiegare questo lento e continuato impulso che il tumore riceve e per il quale esso ruota.

Dobbiamo però dapprima fare qualche premessa sul rapporto che esisterebbe fra tumore e la forza (pressione endo-addominale) che lo fa muovere. E come esempio prendiamo un tumore ovarico il quale, fattosi extrapelvico con una metà o anche con una sola faccia stia in contatto con le pareti addominali del lato ove esso ha preso origine e con l'altra metà stia rivolto verso la cavità addominale. Avverrà in questo caso che qualunque squilibrio si produca nella cavità addominale, verrà maggiormente risentito dal tumore sul lato interno, e se questo squilibrio si trasforma in forza che agisca tangenzialmente o quasi alla superficie libera del tumore, questo si muoverà nel senso in cui la forza è diretta. Ma il tumore, mobile, libero da aderenze, trovasi in condizioni tali da cedere a questa forza (la quale, quando non è data dai movimenti intestinali [teoria del Küstner] è una forza negativa) e quindi sposterà in avanti o in addietro la superficie sulla quale essa forza ha agito.

Avviene allora, che spostatasi, supponiamo in avanti, la porzione

di superficie sulla quale agì la forza, si presenti esposta alle medesime influenze un'altra porzione di tumore, sulla quale si avrà una identica azione; e siccome noi ammettiamo che questi squilibri, queste forze ora positive, ora negative non finiscano mai d'agire perchè inerenti alla vita della donna od alle sue abitudini ed occupazioni, avverrà che in un tempo alle volte lunghissimo il tumore venga a compiere uno o più giri sul proprio asse.

In questi casi il peduncolo ha una parte importante in quanto, tranne nei casi ove questo sia straordinariamente largo e corto, esso, appena il tumore si muove, non solo esegue quel movimento di torsione su sè stesso che accompagna la rotazione del tumore, ma collo spostamento di questo esso viene a piegarsi su sè stesso, viene in certo qual modo a formare un gomito. Sperimentalmente si può riprodurre il fatto con un cordone qualunque (fisso ad una estremità) che torto e mosso in uno o in altro senso alla sua estremità libera in un punto più o meno avvicinato a questa si flette. Questa flessione, la quale, per la costituzione del peduncolo stesso non può mai farsi ad angolo acuto, fa sì, che ogni influenza che il peduncolo potrebbe eventualmente spiegare nel tumore, viene assolutamente tolta. Nel caso però che il peduncolo sia corto e piuttosto grosso, il peso del tumore, la nuova posizione da esso acquistata, non arriverà mai a vincere la tendenza che il peduncolo potrebbe avere di *detorcersi*.

Avendo così cercato di valutare nel modo meno peggiore le differenti opinioni sulle cause della rotazione, e tentato di mettere avanti quella che più delle altre mi è sembrata adatta e giusta, passo alla disamina delle svariate modalità della rotazione.

Tutti gli autori che di recente si sono occupati dell'argomento, ammettono senza più un modo di rotazione lenta ed uno acuto, mentre invece già da molti anni, Rémy (1), appoggiandosi su ciò che altri autori dissero al proposito [Northing (2), Thornton (3), Schroeder (4), Spiegelberg (5)] ha espresso l'opinione che spesso i fenomeni di strozzamento acuto del peduncolo non sono altro che il risultato di un repentino

---

(1) Rémy. « La grossesse compliquée de kyste ovarique. » Paris, 1886, pag. 56.

(2) Northing. Thèse de Berlin. « Gross. et accouch. compliqués de tumeurs ovariques. »

(3) Thornton. *Med. Times.*

(4) Schroeder. « Accouchements. » Trad. franç. par Charpentier, p. 366.

(5) Spiegelberg. « Lehrbuch d. Geburtskülfe, » 1877, pag. 296.

aumento nel grado della torsione. Invero, quando in presenza di un tumore ovarico si vedono rapidamente insorgere i sintomi caratteristici delle conseguenze di uno strozzamento del peduncolo, non si esita punto a porre questa diagnosi, e comunemente si dice che la rotazione del tumore è avvenuta acutamente.

Dando uno sguardo retrospettivo a quanto prima si è detto, si vedrebbe che noi ammettiamo una rotazione acuta soltanto in un caso, cioè immediatamente dopo un parto (1); e per quei casi che escano fuori da questa categoria, e dove il tumore ha compiuto tre, quattro giri intorno al suo asse, come spiegare questa rapida e repentina sindrome fenomenica? Ed è appunto che ammettendo la impossibilità di una tanto considerevole torsione acuta, che noi riguardiamo la medesima come l'ultima fase della torsione lenta.

A. Martin (2) dice, che per lo stiramento nel senso della lunghezza, il peduncolo è disposto a torcersi nel suo asse longitudinale assieme a tutti i suoi vasi e su questo concetto fondandoci potremmo pensare, che durante la lenta ma continua torsione, i vasi a poco a poco si obliterano, e di questi in primo luogo le vene, perchè più grosse e a pareti meno resistenti. Intanto per il lento e graduale ostacolo che va facendosi nella circolazione del peduncolo, i disturbi che avvengono nello interno della cisti non sono tali da dare delle gravi sofferenze subbiettive alle inferme; non si può ancora parlare di gangrena, perchè la circolazione non è completamente sospesa; intanto le arterie anche a poco a poco, per la crescente torsione vanno occludendosi, fino a che un minimo movimento, un moto di rotazione forse anche di meno di mezzo cerchio, prodotto da una causa non apprezzabile, produce la completa occlusione di tutti i vasi per cui interrompendosi la circolazione completamente, ne avviene gangrena della cisti con tutto il seguito di fenomeni più o meno gravi. Ma prima che ciò avvenga per la iperemia passiva data dal continuo afflusso di sangue mentre il reflusso ne è impedito, i vasi, le vene si ingrossano, le pareti della cisti stessa

---

(1) Wiser, « Ein Fall von Axendrehung, etc., » pag. 26, a questo proposito accenna, per rifiutarla subito, alla possibilità di una rotazione acuta in casi di donne che lavorino faticosamente, per la influenza della respirazione sui movimenti dei muscoli addominali; ma poi dice che siccome in questi casi si respira specialmente coi muscoli toracici e delle spalle, i muscoli addominali entrano poco o nulla in giuoco.

(2) A. Martin. « Patologia e terapia d. mal. d. donne. » Trad. Pestalozza.

diventano edematose; non tardano a farsi degli stravasi sanguigni nella parete cistica stessa, nell'interno della medesima ed anche all'esterno, come noi abbiamo potuto bene constatare in quasi tutti i casi. Nè a ciò si limitano le conseguenze della torsione, che quando la cisti prima non aveva assunto ancora aderenze con la vicinanza, a questo punto, per i disturbi circolatori della cisti, per l'edema delle pareti, per lo stravaso sanguigno, avvengono dei depositi di fibrina sulla superficie cistica, che a lungo andare prendono aderenza con il peritoneo parietale o viscerale di altri organi e costituiscono alla lor volta un accidente alle volte pericoloso, alle volte benefico.

Le aderenze epiploiche, tanto comuni, possono dare dei disturbi peritonitici intensi e far correre alla donna tutti i pericoli di una epiploite adesiva (necrosi dell'epiploon, se durante l'operazione si fosse costretti a reciderne un pezzo, strozzam. intestinale); le aderenze intestinali possono complicare l'operazione, come del resto anche quelle con altri organi.

L'accidente benefico portato dalle aderenze consiste nelle nuove sorgenti di vita alle quali il tumore attinge prendendo nuova nutrizione dalle vicinanze, in sostituzione di quella manchevole che gli viene dal peduncolo i cui vasi ristretti per la torsione si oppongono a che la circolazione si faccia liberamente. In questo modo, nei casi nei quali per contemporanea occlusione dei vasi arteriosi e venosi del peduncolo il tumore corre il pericolo di cadere in gangrena, le aderenze dànno al tumore sufficiente nutrimento per mantenerne la vitalità. Esse ancora possono completamente sostituire la circolazione del peduncolo, nei casi dove il tumore siasi addirittura staccato da questo.

Non di rado avviene che per la disturbata circolazione nella parete cistica i processi vitali nella medesima perdano a poco a poco il loro potere, in modo che chiudendosi lentamente i vasi la nutrizione della cisti viene meno, e finisce col cessar del tutto. È naturale che in questo caso la cisti si andrà a mano a mano atrofizzando, impiccolendo, che cominceranno a diminuire, fino a cessare completamente, i sintomi che eventualmente produceva, e la cisti, atrofica e piccolissima, non darà disturbo alcuno. In verità quest'esito sarebbe provvidenziale se esso si verificasse in tutti i casi di torsione del peduncolo, il quale accidente potrebbe allora considerarsi come validissimo contribuente alla guarigione delle cisti ovariche, sì da far dire al Gallez: « Cette curieuse » terminaison des kystes ovariens est *malheureusement* très-rare et il est

» impossible de la produire artificiellement; elle agit en déterminant » l'étranglement de la tumeur » (1). Vorrei quasi risparmiarmi qualunque commento su questa strana esclamazione del Gallez, poichè è pure assurda, ma dato il tempo in cui è stata fatta, data la scarsezza delle osservazioni, trova ancora la sua giustificazione.

Del resto Lutaud (vedi pag. 58) ha già risolto la questione della produzione artificiale della rotazione in un caso da lui osservato (e al quale bisogna prestare fede con una certa riserva); ma ciò non significa naturalmente nulla.

La torsione del peduncolo è un accidente disgraziatamente anche troppo frequente e tale da mettere spesso in serio pericolo la vita della paziente.

Ritornando ora allo strozzamento completo del peduncolo, in riguardo specialmente al modo con cui esso si produce, cioè in modo lento fino a che un piccolo moto di torsione non venga a fare traboccare la misura e occludere completamente le arterie, vorrei fare osservare che una riproduzione sperimentale del fatto la si avrebbe nel seguente semplicissimo modo: attraverso uno dei vasi di un cordone ombellicale, il quale sia stato prima detorto, e sia attaccato alla placenta, si fa passare lentamente una corrente di liquido, mentre nello stesso tempo si fa girare lentamente la placenta. Avviene così che il cordone si torce e più la torsione si accentua più si stringono le spire, e più resistenza si sente nello spingere il liquido attraverso il vaso. Ad un dato punto, e precisamente vicino alla placenta, il cordone si strozza ed occorre una forza considerevole per potere superare l'ostacolo. Ciò accade anche nei casi di rotazione di tumori ovarici, ed il nostro caso 4.° lo dimostra poichè nel punto strozzato il peduncolo non era più grosso di una penna d'oca.

Dopo questi brevissimi cenni riguardo alle alterazioni che si riscontrano nelle cisti rotate sul proprio peduncolo, alterazioni che, nei nostri casi, abbiamo potuto riscontrare in grado più o meno intenso, veniamo a parlare della

Sintomatologia e *diagnosi* della torsione del peduncolo. E in ciò io credo di fare bene prendendo come fondamento i nostri stessi casi, dai quali non solo possiamo apprendere tutto o quasi il quadro sin-

---

(1) Gallez. « Hystoire des kystes de l'ovaire. » Bruxelles, 1873, pag. 150.

tomatologico della rotazione assiale dei tumori ovarici, ma fino a un certo punto possiamo stabilire le basi sulle quali fondare la nostra diagnosi (1).

---

(1) Non sarà certamente inutile riportare una serie di osservazioni dalle quali risulta sotto quante molteplici forme può manifestarsi la torsione del peduncolo e a quali conseguenze essa può dare luogo:

BANTOCK. « An exemple of an ovarian tumor with a twisted pedicle from a lady in her 71 year. » *Brit. Gyn. J.*, London, 1892-93, VIII, pag. 17. Estirpò in una vecchia un tumore ovarico, il quale in seguito alla torsione del peduncolo erasi rapidamente *infiammato* e *cresciuto*.

LAWSON-TAIT. *Brit. med. Journ.*, 7 Mars 1891. In due dei quattro casi osservati il peduncolo era torto per 4 giri: in uno (cisti paraovarica), il peduncolo aveva compiuto 6 giri su sè stesso; nel 4.° per la lunghezza del peduncolo, a malgrado di numerosi giri, non si era prodotto nessuna alterazione nè nel tumore, nè nel peduncolo. Notisi che in uno dei due primi casi, la donna avvertì i primi sintomi dello strozzamento improvvisamente andando a letto.

CHR. MARTIN. « A strangulated ovarian cystoma. » *The Brit. Gyn. J.*, Nov. 1892, p. 268. Riporta un caso che mostra i fenomeni repentini nella torsione di un cistoma ovarico; fenomeni di peritonite comparsi due mesi dopo un parto. Caso importante perchè analogo al nostro caso 5.°.

ROBINSON. « Five cases of axial rotation of ovarian tumors, etc. » *New-Jork. Med. Journ.*, 1891, pag. 565. Descrive 5 casi occorsi anche al Lawson-Tait, i quali veramente offrono la sintomatologia caratteristica dello strozzamento del peduncolo.

SALIN. *Centralblatt f. Gyn.*, N. 34, Aug. 1891, pag. 711. Descrive un caso dove l'ovaio vuotato simulava una ematometra in un corno rudimentale.

BOURSIER. « Torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. » Congrès français de chirurgie, 2 Avril 1891. *Gaz. des hôpitaux*, pag. 222, Avril 1891. Riporta fra altri un interessante caso di cisti ovarica, la quale si torceva e si detorceva a più riprese, ora dando i fenomeni dello strozzamento del peduncolo, ora facendoli cessare.

TUTTLE. « Kyste de l'ovaire étranglée par torsion du pédicule. » *Am. Journ. of Obst.*, Jan. 1890. Accenna ad una ragazza con una cisti ovarica ruotata (fenomeni gravi di peritonite) per 4 interi giri, e dove si trovò un rivestimento di pus verdastro che ricopriva le pareti addominali e la vescica; guarigione.

SCHWARTZ. « Deux observations de torsion dans les kystes de l'ovaire. » *Ann. de Gyn.*, Juin 1889. Descrive due casi di torsione del peduncolo, in uno dei quali la donna avvertì repentinamente un senso, come se si fosse spostato un intestino. La crescenza del tumore, nella donna non più mestruata produceva emorragie simili a mestruazioni.

COE. « A large ovarian cist, with a twisted pedicle. » *Trans. of the New-Jork Obst. Soc.*, Jan. 19 th-1892. In un tumore, dapprima sospettato fibroma, si sviluppò insieme ad un rapido aumento del volume una pelvi-peritonite, dopo un mese le sofferenze erano aumentate, il volume ancora aumentato. Alla laparotomia si constatò una cisti ovarica ruotata per 3 volte sul proprio asse, aderente alla vescica e pareti addominali, con segni di strozzamento.

DURET. « Kyste de l'ovaire à pédicule tordu. » *Journ. des Sciences Méd. de Lille*, 25 Décembre 1891. Il peduncolo era torto per un giro e mezzo e non aveva dato luogo a nessun sintoma di strozzamento.

RIEDINGER. « Ovariotomie mit Blasenverletzung. » *Prager Wochenschrift*, 1890, N. 5. Tra le altre ovariotomie ne accenna una in cui esisteva torsione del peduncolo e che finì con esito infausto.

P. RUGE. *Centralbl. f. Gyn.*, Bd. 21, S. 210. Caso nel quale un tumore ovarico si era staccato completamente dal suo peduncolo in seguito a torsione e trovavasi come corpo libero nella cavità addominale.

MACKENRODT. « Tumor ovarii mit Stieltorsion. » *Centralbl. f. Gyn.*, Bd. 21, S. 451. De-

Nel primo caso, dove la torsione del peduncolo non erasi neanche sospettata, la sintomatologia si allontanava ben poco da quella di una cisti ovarica solita, non complicata, la quale sia giunta a quel volume; dolore e peso al ventre, abbattimento generale, denutrizione accentuata; ma nessun accesso doloroso acuto, nessuna elevazione termica, nessun

---

scrive un caso di torsione assiale del peduncolo, che condusse ad incarceramento intestinale. Ovariotomia, guarigione.

Engstroem. « Ovariotomie under pazaende of pedunkel-torsion förorsaked periton. » *Finska läkavesällsk. handl.*, Bd. 30, pag. 495. Caso di cisti ovarica in cui la operazione dimostrò come la peritonite esistente era prodotta da una torsione del peduncolo per quattro interi giri. Le pareti della cisti e la tromba corrispondente (sinistra) erano nere per stravasi sanguigni e formavano una massa flaccida, apparentemente necrotica.

Veit. « Mal. delle donne. » 1876, pag. 323. Descrive un caso dove la morte avvenne per strangolamento intestinale causato molto verosimilmente dalla torsione del peduncolo di una cisti ovarica.

Bonnet et Petit. « Traité pratique de Gynécologie. » 1891, pag. 451. Parlando della torsione lenta accennano all' osservazione fatta di una trombosi venosa che provocò l'edema degli arti inferiori.

Pozzi. « Trattato di Gin. clin. e opér., » pag. 716 in nota. Ha osservato un caso « in cui » tutte le lesioni e gli accidenti occasionati dalla torsione progressiva del peduncolo, erano » stati prodotti dal suo allungamento esagerato, succeduto ad una gravidanza, durante la » quale la cisti aveva contratto delle aderenze alla regione superiore dell'addome. »

Zweifel. « Vorlesungen der gynäkolog. Klinik. » 1892. Accenna ad un caso nel quale come solo segno clinico della torsione ebbe il liquido sanguigno estratto colla puntura esplorativa.

Bechmann W. « Spontane Ruptur eines Ovarialkystoms in Folge Stieldrehung, intraperitonealér Bluterguss. Coeliotomie. Genesug. » *Centr. f. Gyn.*, N. 23, pag. 620. Descrive un caso, seguito da esito felice, nel quale la cisti, per lo strozzamento del peduncolo erasi rotta spontaneamente in un punto della parete resa friabile per i disturbi nutritivi. Guarigione.

Geyl A. « Excessives Oedem des normalen Ovariums verursacht durch Stteltorsion. » *Centralblatt f. Gyn.*, N 63, pag. 987. In un caso di tumore ovarico in una ragazza clorotica di 18 anni, trovò una torsione del peduncolo di tre giri accompagnante un fortissimo edema, prodotto da quella e che dava all'ovaio un volume di cm. 20 per 12.

Stocker S. « Ein Fall von akuter gelber Leberatrophie nach Stieltorsion einer Ovarialcyste. » *Centr, f. Gyn.*, N. 45, pag. 1181. Dopo tre mesi da un parto la paziente si ammalò con violenti dolori simili a coliche biliari o renali. Un tumore ovarico preesistente aumentò intanto rapidamente di volume ed all'operazione, eseguita tosto, si trovò il medesimo ruotato per 4 volte intorno al proprio asse e pieno di coaguli freschi. Dopo 6 giorni dall'operazione sopravvenne la morte. All'autopsia si trovò una atrofia gialla acuta del fegato, prodotta secondo l'A. dall'assorbimento di prodotti necrotici provenienti dal tumore.

Jahreiss. « Einige Ovariotomien bei akuter Stieltorsion. » *Münch. Med. Wochenscr.*, N. 50. In 4 casi operati da un giorno fino a quattro settimane dopo l'insorgenza dei sintomi acuti, trovò le solite alterazioni; nell'ultimo però, il più tardi operato, il tumore era suppurato e la paziente morì.

Schepers. « Ovarialcyste mit anderthallmaliger Stieltorsion. » *Vereinsbeil. d. D. med. Wockensehr.*, pag. 127, 1895. Osservò l'insorgenza repentina di dolori addominali, vomito, brividi, ecc. dopo una caduta, in un caso dove erasi già diagnosticato un tumore ovarico, il quale all'operazione fu trovato ruotato per un giro e mezzo.

Wells Br. H. « Twisting and strangulation of pedicle of ovarian tumor. » *Tr. of the N. Y. obstetr. Soc. Am. J. of obst.*, Mai 1895, pag. 723. Ha operato con esito felice un caso, cinque giorni dopo la insorgenza della peritonite; esisteva una torsione recente del peduncolo, ed estese recenti aderenze.

sintomo insomma, che fosse stato lì ad indicare la insorgenza di un processo acuto, di un repentino strozzamento di fibre nervose, di una emorragia interna, di assorbimento di materiale necrotico, ovvero di una peritonite più o meno diffusa.

L'unico sintoma che avrebbe potuto lontanamente accennare alla torsione, è il dolore che la donna sentì una volta e che poi ritornò a brevi intervalli; ma la poca intensità del medesimo, la intermittenza colla quale esso si manifestava, non erano caratteri sufficienti a fare diagnosticare un accidente del genere. Pure la mancanza di sintomi clinici non escludeva la presenza di alterazioni anatomiche di una certa intensità nello interno della cisti, come la emorragia endocistica, che indicava l'alterazione della circolazione del peduncolo.

Nella classifica che il Térillon (1) fa dei casi di torsione del peduncolo, dividendoli secondo la loro sintomatologia, occupano il primo posto appunto quelli, in cui per la lentezza nella produzione dell'accidente, questo non si è manifestato senza alcun segno. Degli autori che ho citati nella precedente nota, qualcuno anche si è imbattuto in casi simili.

Passando ora ai casi nei quali esiste una sindrome fenomenica più o meno nettamente pronunziata, noi potremo avvalerci per la diagnosi delle basi che il Taylor (2) stabilisce, e che si fondano sui seguenti dati: 1.° sulla esistenza già constatata di un tumore cistico di volume medio, presunto ovarico, situato in alto nell'addome e che (nel caso descritto dal Taylor stesso) faceva per questo sospettare un peduncolo lungo; 2.° sulla insorgenza subitanea del dolore addominale, degli altri sintomi peritonitici e sul rapido accrescimento del volume del tumore.

Anche questi enunciati però bisogna accettarli con una certa riserva, perchè se in certi casi si possono applicare senza discuterli (dei casi nostri il 3.°, 4.°, 5.°, 6.°), in altri (nel nostro caso 2.° p. e.), non possono applicarsi addirittura. Eppure trattavasi in questo caso di un cistoma ovarico con torsione del peduncolo, che aveva dato dei segni importanti all'epoca, a cui la donna faceva risalire il principio delle sue sofferenze. Clinicamente importante è questo caso 2.° per la sintomatologia che ci ha condotti ad una diagnosi di fibroma interstiziale emorragico dell'utero.

---

(1) Térillon. « De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. » *Rev. de Chir.*, 1887.

(2) Taylor. *Brit. med. Journ.*, 7 Mars 1891.

I segni subbiettivi avvertiti dalla inferma si compendiavano in un dolore cupo, poco intenso, gravativo, cominciato 4 anni prima che si fosse presentata alla nostra osservazione. D'allora essa non avvertì altro di straordinario; nè un accesso doloroso acuto, nè un rapido aumento in volume del tumore, nè altro che potesse fare pensare ad un fatto peritonitico più o meno acuto. Ma da quell'epoca andò soggetta a menorragie ognora crescenti per le quali si decise di ricorrere a noi, più che per il « dolore cupo, incessante. »

« L'ingresso superiore pelvico è occupato da una massa *dura, resi-* » *stente, a contorno male definito* che si solleva di poco sulla branca » orizzontale del pube; *mobile* ed assai poco dolorosa.

» Col riscontro vaginale si nota: utero anteflesso, del volume della » testa di un feto semestre; irregolare nel suo contorno, *mobile, duro,* » *inelastico.* La cavità uterina misura 85 mm. di lunghezza. »

Da questi dati che sulla cartella cubicolare sono stati annotati, facilmente si può dedurre la diagnosi di fibroma interstiziale emorragico dell'utero. Un corpo *mobile, duro, inelastico,* il quale è mobile insieme all'utero dal quale non si può differenziare, neppure con l'esplorazione bimanuale, la cavità uterina lunga 85 mm., la impossibilità di distinguere un peduncolo, l'assenza di ingombri agli annessi o semplicemente ai lati dell'utero, che è manifestato semplicemente con un dolore cupo, soprapubico, non poteva far porre un'altra diagnosi. Come fatto unico per quanto a noi ci consti sta a dimostrare come fosse clinicamente impossibile portare altra diagnosi di quella che prima della operazione si era fatta. Nè si obbietti che fra fibroma e cisti ovarica sta un segno differenziale importantissimo della o non fluttuazione; perocchè noi vi contrapporremmo il dato rilevato all'esame della durezza della massa morbosa, che però si doveva spiegare con una esagerata tensione della parete cistica.

Nel terzo e nel quarto caso abbiamo il quadro clinico di ciò che si chiamerebbe strozzamento acuto del peduncolo. Anche qui per la diversità dei sintomi clinici ed anatomici è d'uopo che noi c'intratteniamo di ciascun caso separatamente.

Nel caso 3.°, dopo che per molti anni il tumore di cui la donna si era già accorta, non aveva arrecato alla medesima nessun disturbo, nell'89 avviene il primo accesso di dolore, che passato ben tosto, veniva a tormentare la donna a lunghi intervalli. Ma un bel giorno,

dopo 4 anni di queste sofferenze, entra in campo repentinamente tutta la fenomenologia clinica di uno strozzamento del peduncolo: dolori vivissimi a tutto l'addome, deliquio, con successiva elevazione di temperatura e grave alterazione del polso.

Dopo avere ricevuto i soccorsi più urgenti che erano del caso, e dopo essere stata costretta a letto per due settimane, sempre molto sofferente si presenta in Clinica, dove il giorno successivo alla sua entrata viene operata (V. Storia clinica).

Il reperto alla operazione confermò pienamente la diagnosi che era stata fatta e ci diede esatta spiegazione dei fenomeni che la inferma aveva mostrato. Emorragia endocistica, emorragia extracistica (tra tuba e cisti), necrosi iniziale della porzione di peduncolo soprastante al punto strozzato; forte cianosi della parete cistica stessa, e vaste aderenze cogli organi vicini.

Ed ecco che noi, colla guida dell'esame anamnestico potremo ricostruire la successione delle modificazioni anatomiche avvenute nella cisti stessa. Piccola dapprima e mobilissima, essa mantenevasi senza dar segno di sè forse anche cominciando a ruotare.

Ma non dobbiamo dimenticare che trattavasi qui di una cisti dermoide, che queste hanno uno sviluppo per lo più molto lento, e nel loro sviluppo non tengono un andamento uniforme in ogni senso, ma una parte si sviluppa di più, una di meno (per le eventuali neoformazioni nell'interno della cisti stessa), che finalmente per questo irregolare sviluppo vanno di preferenza soggette alla rotazione intorno al proprio asse e se noi volessimo tenere in conto il primo accesso doloroso, potremo dire che l'inizio del disturbo circolatorio nella cisti si ebbe allora.

I disturbi subbiettivi che le cisti dermoidi anche di medio volume arrecano, sono sempre più accentuati di quelli delle altre cisti; a ciò si aggiungono le alterazioni che la torsione del peduncolo producono nel tumore e si avrà così un'idea del come la torsione pur essendo durata tanti anni, dava dei disturbi i quali assunsero una insolita acuzie solo quando la circolazione nel peduncolo fu inceppata.

Anche in questo caso si avevano delle aderenze epiploiche; ma erano estese e molto lasse e non solo univano l'epiploon al tumore, bensì anche l'epiploon alle pareti addominali.

Queste aderenze evidentemente si sono sviluppate dopo che la rotazione si era già compiuta; altrimenti esse sarebbero state più fitte,

e l'epiploon stesso sarebbe stato in grado più o meno considerevole coinvolto nella rotazione. Se per avventura l'epiploon si fosse trovato in queste condizioni, le conseguenze della epiploite adesiva sarebbero certamente state rapidamente funeste, quando però un tratto di epiploon accidentalmente fosse caduto in necrosi; tale complicanza può condurre a morte l'individuo con i sintomi di una setticemia peritoneale, come in quest'anno è avvenuto in un caso dove durante la operazione (per ematocele retrouterino da gravidanza tubarica) si è dovuto allacciare un buon tratto di epiploon profondamente alterato.

Poco differisce nell'anamnesi il caso 4.°, dove anche qualche anno prima si ebbero degli accessi dolorosi intermittenti, i quali però non disturbavano molto la inferma. Sopravvenuti i sintomi acuti dello strozzamento, l'acuzie passava ben tosto. Quantunque la rotazione si fosse fatta per due giri e mezzo, come nel caso precedente, quantunque esistessero delle aderenze estese e perfino una emorragia extracistica, pure il complesso di sofferenze fu minore che nel caso 3.°, dove trattavasi di una cisti dermoide. Sicchè noi potremo dire che se pure le cisti dermoidi non sono più delle altre soggette alla complicanza della torsione, danno però un complesso di sintomi molto più grave delle altre.

Nel quinto caso la rotazione del tumore aveva dato dei sintomi tali, per cui si stette un momento in forse riguardo alla diagnosi: se cioè si trattasse di una peritonite saccata, ovvero di una cisti ovarica a peduncolo torto.

L'insorgenza delle sofferenze della donna dopo un parto, i dolori dapprima diffusi a tutto l'addome e poi localizzatisi più a destra, la febbre a tipo remittente e di lunga durata, il deperimento generale della donna; la intumescenza all'addome, la impossibilità di delimitare nettamente la massa lateralmente e in basso, tutto questo complesso di fatti ci aveva fatto pensare alla possibilità di una peritonite saccata consecutiva al parto. Ma altri e ben più importanti dati abbiamo potuto raccogliere sulla donna i quali ci tolsero qualunque dubbio sulla diagnosi. Ed in primissimo luogo la forma che aveva assunto l'addome. In nessun caso di peritonite saccata si avrà un addome che presenti una forma globosa quasi piriforme, con la estremità più sottile in avanti, che anzi, tranne che in eccezionalissimi casi, l'addome nella peritonite saccata è poco sporgente.

E poi il limite netto superiore, il repentino passaggio dalla man-

canza di suono pieno sulla massa al suono timpanico degli intestini ai lati, la levigatezza delle pareti della raccolta cistica per ogni dove, la distintissima fluttuazione ed elasticità sulla massa; lo stiramento in alto del fornice sinistro, lo spostamento dell'utero *ben delimitabile* e *mobile* in avanti e a destra, benchè non si fosse potuto sentire il peduncolo, pure i detti segni potevano formare la base della diagnosi di cisti ovarica.

Ciò che però rimase soltanto un sospetto, fu la rotazione di detta cisti. Si avevano, è vero, i segni di una peritonite; ma lenta, senza precedenti di fenomeni acuti, se si toglie il dolore primo dopo il parto, il quale in verità potevasi anche attribuire a molte altre cause. Un fatto che avrebbe potuto dare maggior fondamento al sospetto fu il rapido accrescimento del tumore dopo il parto, ciò che però da solo non poteva assolutamente tracciarci la via per la giusta diagnosi.

Ad ogni modo l'operazione ci rivelò il vero stato di cose ed a noi incombe l'obbligo di rendercene esatto conto.

Essendochè tutte le sofferenze della donna rimontano all' ultimo parto, avvenuto appena due mesi prima del suo ingresso in Clinica, date le condizioni anatomiche del tumore e la sintomatologia clinica, noi dobbiamo cercare di spiegarci il quando ed il come della avvenuta rotazione.

La prima e la più logica idea che si affaccia alla nostra mente è quella per cui possiamo riguardare il parto come una causa di torsione acuta del peduncolo. L'utero gravido nel suo graduale accrescimento ha spostato in alto e a sinistra la cisti; questa, vuotandosi l'utero, è rapidamente scesa verso la piccola pelvi. E in questo suo movimento di discesa, per quanto limitato questo abbia potuto essere, la cisti avrà ruotato. E il peduncolo, il quale è di una certa lunghezza (15 cm.) e piuttosto grosso, insieme al movimento di torsione, molto probabilmente ne avrà fatto anche uno di flessione, per cui rimase assolutamente passivo rispetto al tumore. Questo intanto per il disturbo circolatorio avvenuto per la torsione è andato soggetto alle solite alterazioni, per cui sviluppo di aderenze, rapido accrescimento del tumore, dolori, febbre, deperimento.

Sorge ora spontanea la questione: il tumore ha compiuto i due giri interi di rotazione tutti in una volta dopo il parto, ovvero questa si è andata compiendo lentamente in seguito, ovvero forse al momento del parto la rotazione era già in atto? Io credo potere rispon-

dere a questa domanda affermando che la rotazione, tale quale si era trovata all'operazione, si dovette compiere immediatamente dopo il parto; ed in favore di ciò parlano i disturbi avvertiti dalla donna, che sebbene continuati per due mesi, pure mostrarono la loro massima intensità al principio della malattia, e le aderenze, le quali per quanto estese e numerose, non mostrarono nessun accenno a seguire il tumore nel suo movimento di rotazione.

E allora, pur non volendo ammettere la possibilità che un tumore possa ruotare in un momento per due giri e mezzo intorno al proprio asse, diremo che, sia durante la gravidanza, sia poco prima di essa, il tumore avrà *cominciato* a ruotare, e che finalmente per il fatto del parto esso sia stato costretto a ruotare repentinamente e così, insieme alla torsione del peduncolo, a subire tutte le conseguenze che detta torsione provoca e nel peduncolo e nel tumore stesso.

Ancora su di un fatto solo vorrei far rivolgere l' attenzione del lettore. Cioè sulla costituzione del tumore. Esso era tale per cui messo il tumore in una data posizione, non avrebbe potuto muoversi nè tampoco ruotare, se non sotto la influenza di potentissime cause; ricordiamoci semplicemente che verso la zona inferiore, il tumore per un terzo allo incirca era formato da una massa di tessuto compatto, pesante, grosso, che conteneva delle piccole cisti (di cui una dermoide) che quindi, per la gravità propria, doveva tenere la cisti sempre o quasi sempre in una stessa posizione.

Dalla breve esposizione dei sintomi clinici che abbiamo potuto raccogliere nei nostri pochi casi, possiamo formarci un'idea della numerosa serie di disturbi svariatissimi che la torsione del peduncolo può dare; dal piccolo dolore che può passare inosservato, fino ai più gravi sintomi di peritonite che mette in pericolo la vita della donna; dalla possibilità di passare inosservata anche ad un attento esame, a quella di porre senz' altro la diagnosi di torsione con strozzamento, dopo avere semplicemente diagnosticato la esistenza di una cisti ovarica. Finalmente considerata la torsione come epifenomeno di un quadro clinico di una cisti ovarica, possiamo dire che essa in certi casi (a seconda dello sviluppo del tumore e delle speciali modalità con cui le aderenze si sono formate, caso 2.°), maschera totalmente il detto quadro allontanando con i segni che manifesta, assolutamente l' idea di una torsione del peduncolo di cisti ovarica.

E questo in gran parte dipende dai differenti rapporti colla vicinanza e specialmente coll'epiploon, che i tumori ovarici possono nella rotazione assumere.

Durante l'aumento in volume, spesso contemporaneo alla torsione del peduncolo, il tumore, insinuandosi fra anse intestinali e grande epiploon, rimane colla sua faccia anteriore in totalità od almeno per buona parte rivestito dall'epiploon stesso, oppure esso, sollevandosi sempre a contatto della parete anteriore dell'addome, lascia l'epiploon all'indietro di sè o meglio lo sposta in alto e lateralmente in uno alla massa dei tenui.

Ora data la torsione del peduncolo ed i disturbi circolatori che ne susseguono, il tumore fattosi corpo irritante determina a poco a poco una peritonite adesiva tutto all'intorno. Nel primo nostro supposto le aderenze si avranno fra pagina posteriore del grande epiploon e faccia anteriore del tumore; di più in questo caso pressochè inevitabilmente il lembo inferiore del grande epiploon per un processo identico si fa aderente in basso al circuito pelvico antero-laterale, dove lo si riscontra considerevolmente ispessito e di un colorito cianotico ad un grado altissimo.

Nel secondo nostro supposto la peritonite reattiva ed adesiva ad un tempo si fa tra parete anteriore del tumore e peritoneo parietale. Si trovano per altro verso il fondo del tumore assai di frequente delle aderenze epiploiche di poca entità; è rarissimo che si facciano aderenze cogli intestini, mentre è più frequente il caso di trovare un versamento siero-sanguinolento tra le anse intestinali in copia variabile (però in entrambi i nostri supposti).

Come facilmente si può comprendere, questo diverso modo secondo il quale il tumore viene ad aderire alle parti circostanti, comporta delle differenze apprezzabili nella sintomatologia.

Il dolore iniziale più o meno brusco e intenso, la sensibilità addominale, il risveglio di uno stato subfebbrile o decisamente febbrile, l'aumento in volume e in tensione della massa morbosa, rapido ed avvertito dalla stessa paziente, sono segni identici nei due nostri supposti.

Ma il dolore della palpazione è molto maggiore nei casi in cui il tumore contrae aderenze col peritoneo parietale di quando queste aderenze si fanno fra epiploon posto in avanti e tumore in addietro. La mobilità poi del tumore scompare in toto in caso di aderenze perito-

neali anteriori, mentre si mantiene sempre in larga misura nel caso opposto.

I moti inspiratori non permettono di riconoscere il sollevamento delle pareti addominali dalla massa morbosa nel caso di aderenze peritoneali anteriori, mentre il contrario avviene nell' opposto caso. Palpando il ventre non si possono fare scorrere le pareti addominali sulla massa morbosa se esistono aderenze peritoneali; il contrario si verifica nel caso di aderenze epiploiche. Il fruscio speciale che le fine aderenze cisto-parietali lasciano percepire alla mano che palpa, mancano del tutto nel caso opposto.

Per cui da questa varia sintomatologia si spiegano anche in base ai nostri fatti, come a lato di diagnosi esatte ne stieno delle altre dubitative od anco non sospettate di torsione del peduncolo e suo strozzamento.

Ho voluto mettere in evidenza questa svariata sintomatologia sulla quale il prof. Chiarleoni ritorna assai spesso nelle sue lezioni cliniche, per mettere in guardia altrui o meglio indirizzarlo alla conoscenza e differenziazione dei due ordini di casi di cui è qui parola.

Nel dire della prognosi di questo accidente non vorrò certo allontanarmi di molto da quanto, da chi mi ha preceduto nella trattazione dell'argomento è stato detto. Essa è *riservata* in ogni qualunque caso. Nei casi ove essa si compie inosservata, da un momento all'altro potrebbe venire in scena tutta la sindrome fenomenica grave più volte accennata, e nei casi dove questa già esiste, la vita della donna è messa a repentaglio, per la peritonite in sè; per l'assorbimento di materiali necrotici e non di rado settici (per penetrazione di germi dall'intestino o dalle trombe) per strozzamento intestinale.

Tutto ciò non vale per quei fortunatissimi casi dove il tumore, bene saldato da robuste aderenze, con le vicinanze, dopo l'atrofia del peduncolo, si nutre per mezzo di quelle, oppure quando la cisti, cessata la circolazione nel peduncolo per mancanza di nutrimento si atrofizza o scompare addirittura.

Il trattamento naturalmente è subordinato al trattamento generale delle cisti ovariche; la ovariotomia verrà affrettata quando per i fenomeni acuti di peritonite si teme una qualche funesta conseguenza.

OSPEDALE CIVILE DI UDINE

Sopra due casi di gravidanza extrauterina operati con successo

DAL

Dottor LUIGI RIEPPI

Chirurgo comprimario.

Tralascio di esporre l'etiologia della gravidanza extrauterina, la sintomatologia di essa, nonchè la parte storica dei trattamenti usati e che ancor si usano, essendo un argomento stato più volte illustrato da eminenti chirurghi ed ostetrici. Unico scopo di far pubblici i miei due casi si è di dare un contributo alla casistica operatoria e avvalorare l'indicazione dell'intervento chirurgico come quello che sia sempre da preferirsi alla cura aspettativa.

1.° Caso. — *Merlo Maria, di anni 30, di Arta, provincia di Udine. Gravidanza extrauterina già a termine. Feto morto da 4 mesi. Laparotomia. Esportazione del feto e sacca fetale. Guarigione.*

Menstruò la prima volta a 17 anni; in seguito fu sempre regolare. Prese marito a 26 anni. Dopo dieci mesi ebbe un parto facile con puerperio regolare. Allattò il bambino per dieci mesi e durante questo tempo fu amenorroica. Poi le menstruazioni ricomparvero e continuarono regolari fino al Dicembre 1894. Durante questo mese e nel Gennaio successivo ebbe ad avere delle perdite sanguigne intermestruali, ma di breve durata e senza sofferenze. Nel Febbraio la menstruazione non avvenne. Incominciò allora ad accusare malessere e dolori addominali non avvertiti nella precedente gravidanza, dolori che continuarono sempre più o meno intensi fino all'epoca che venne da me operata. Durante il periodo di tempo fra il Febbraio e Luglio fu colta più volte da accessi di lipotimia piuttosto gravi, e più volte per i dolori addominali dovette stare a letto per diversi giorni consecutivi. Il ventre andava intanto a poco a poco crescendo di volume. Dal Febbraio al Luglio soffrì di stipsi ostinata e solo nella metà di questo mese le funzioni alvine ritornarono regolari. Agli ultimi di Luglio avvertì i primi movimenti fetali. Verso il termine di Ottobre dovette di nuovo mettersi a letto per dolori violentissimi addominali, con doglie uterine accompagnate da scarse perdite vaginali di sangue. Dopo quattro giorni di tali dolori il feto improvvisamente cambiò posizione, portandosi in

altò e assumendo la posizione trasversa in corrispondenza dell'ombellico; posizione che il feto continuò sempre a mantenere. Per altri quattro giorni il feto fece dei movimenti, poi cessarono completamente. A quanto riferisce l'ammalata, pare, che essa, non sì tosto s'accorse che il feto cambiò posizione, venisse presa da febbre elevata con forte peritonismo che durò circa sette giorni, dopo di che, pur continuandole i dolori, il ventre cominciò a diminuire in volume ed a farsi abbondante l'orinazione. Per i dolori dovette stare a letto tutto il Novembre, il Dicembre ed il Gennaio. Solo ai primi di Febbraio 1896 l'ammalata potè incominciare ad alzarsi, ma i movimenti bruschi di flessione del tronco, le provocavano dolori sì forti da costringerla per ore di riposo a letto. Con tutto ciò le forze le ritornarono un poco e migliorò nella nutrizione. Ma non potendo la paziente vivere con quelle sofferenze, essendo varie le opinioni dei medici circonvicini chiamati ad esaminarla, venni per ultimo interpellato per la decisione. Informatomi del caso consigliai di inviarla all'Ospitale per l'operazione colla speranza di un esito favorevole. Entra nel riparto chirurgico il 20 Febbraio 1896.

Stato presente. — Nutrizione scarsa. Colorito della cute e delle mucose pallido. Ghiandole mammarie poco sviluppate e senza secrezione. Esame del cuore e dei polmoni negativo. Addome leggermente espanso. Misura in circonferenza all'ombellico cm. 82. Alla palpazione notasi al di sopra dell'ombellico un tumore in direzione trasversale, di consistenza dura, fisso alle pareti addominali anteriori, tumore simulante perfettamente un feto. A destra sotto il bordo epatico il tumore si presenta con estremità sferica di consistenza ossea, che si suppone sia la testa fetale, mentre nel mezzo e a sinistra la consistenza è minore e la forma più irregolare. La palpazione sia sul tumore che al suo contorno provoca vivo dolore. Al di sotto dell'ombellico ed alla distanza di circa due dita trasverse dal sopradescritto tumore, se ne riscontra un altro del volume di una testa di adulto, di forma rotonda, di consistenza pastosa-elastica, che occupa il quadrante inferiore dell'addome e che si estende fino a due dita trasverse al di là della linea mediana. La percussione dà suono ottuso su tutta questa zona. Nessun soffio all'ascoltazione. All'esame vaginale si riscontra che il collo uterino è duro, corto; il corpo è spostato a sinistra ed in antiversione, allo speculum vedesi la porzione vaginale del collo di colorito pallido. L'isterometria dà cm. 6 1[2. L'ammalata pesa Kg. 52.

La paziente dopo entrata nel riparto ebbe ad avere per due giorni scarse perdite vaginali di sangue. Poi fu colta dall'influenza, che serpeggiava per le sale ospitaliere, che superò felicemente, non residuandole che una debolezza muscolare. Ai primi di Marzo completamente ristabilita, preparai la paziente con ripetuti purgativi, ed il giorno 7, alla presenza dei primari dell'Ospitale e del dott. Liuzzi di Arta, nonchè degli assistenti ospitalieri, procedevo all'operazione.

Fatta un'iniezione di 1 centigr. di morfina, cloroformizzata l'ammalata, incido le pareti addominali a sinistra dell'ombellico e a ridosso del tumore. Arrivato al peritoneo parietale, questo si presenta molto ispessito e riscontratolo aderente al tumore, lo incido a mano sospesa, e arrivato al tumore, lo distacco colle dita. Il tumore che mi si presenta appare chiaro per il dorso di un feto. Continuando il distacco parietale e ciò senza avere emorragia, arrivo ad isolare tutto il dorso del feto ed a stabilire che questo trovasi frammezzo alle anse intestinali, da cui è separato da una capsula intimamente aderente ad esse e leggermente al feto. Incomincio allora a liberare delicatamente un braccio che è il destro, poi la spalla e la testa posta sotto il fegato. Durante il distacco di essa, parte dei peli del cuoio capelluto rimangono attaccati alla capsula, che tosto in questo punto viene perciò resecata assieme a porzione di omento aderente, proteggendo pertanto l'intestino presentatosi scoperto, con flanella sterilizzata. Poi passo a sgusciare il braccio sinistro che si porta profondamente fra l'intestino fino alla fossa iliaca destra, sollevo il tronco; continuando quindi a liberare gli arti inferiori che si portano in basso verso la fossa iliaca sinistra, taglio il cordone ed asporto il feto. Vado dopo all'esame del cordone rimanente in cavo addominale, e rilevo che si porta molto in basso e penetra posteriormente ed inferiormente in un tumore del volume di una testa di adulto, sviluppato sul ligamento largo di destra. Prolungo l'incisione addominale fino al pube, essendo l'apertura già fatta insufficiente per ulteriori manualità. Appare allora chiaro il tumore, che si stabilisce esser il sacco con contenuto placentare. Il tumore è fisso, a consistenza pastosa, con pareti vascolarizzate, con una grossa arteria all'esterno ed in basso, che da altri rami secondarii alla cisti. Essendomi posto il compito di esportare anche questa massa, faccio una doppia allacciatura sull'arteria e recido il vaso nel suo mezzo. Il tumore troppo voluminoso e fisso mi impedisce il suo isolamento.

Incido perciò la cisti per un breve tratto e non sopravvenendo emorragia prolungo l'incisione, e fissate le pareti della cisti con robuste pinze passo allo sgusciamento colle dita del contenuto di essa e riesco ad esportarlo in unica massa. L'isolamento e l'esportazione del sacco dopo lunghe manualità, per le molte aderenze e per il suo largo impianto, riesce completamente con poco gemizio di sangue arrestato con allacciature o con suture in catgut. Ottenuto il campo libero, riscontro l'utero piccolo, normale e a sito l'ovario sinistro, mancante il destro, e solo visibile porzione di salpinge destra molto ingrossata. Quindi e per ultimo passo a resecare la capsula già contornante il feto, però questa in diversi punti non fu possibile asportarla, anche molto adesa all'intestino.

Stante le prolungate manualità nell'escavazione pelvica, dopo asciuttato per bene il campo operatorio, pongo profondamente un drenaggio

alla Mikulitz, che esce all'estremo inferiore della ferita addominale. L'operata viene portata nel suo letto completamente sveglia, ma presentando un polso debole viene praticato un clistere di soluzione fisiologica di cloruro di sodio. In breve la tensione arteriosa si migliora.

L'operazione durò tre ore. Il feto esportato pesa Kg. 1,800. Ha una lunghezza di 50 centim. È di sesso maschile. Eccettuato uno schiacciamento della testa in senso trasversale non presenta altre deformità. La cute poco untuosa è pallida, meno all'addome che è di color verdognolo. Capelli ed unghie bene sviluppati. Ben marcati e sviluppati i nuclei episari dei femori.

Il contenuto del sacco vien riscontrato per placenta di molto ingrandita del suo volume normale per sangue coagulatosi perifericamente e nel suo stroma. Pesa gr. 1400. Il sacco ha pareti grosse, resistenti, con porzioni di funicolo all'interno misurante centim. 25, grosso quanto un indice, ridotto nel punto che perfora il sacco a cordone appiattito, che continua al di fuori del sacco per circa 13 centim., ma di metà grossezza dell'interno.

L'esame istologico del sacco praticato su pezzi presi in differenti punti mi diede questo risultato: presenta uno strato interno costituito da fibrina con cumuli di emazie irregolarmente disposte. A questo strato interno si sovrappongono diversi strati; il più interno di questi è costituito da fasci di connettivo intersecati da numerosi vasi di diverso calibro; poi in un punto presenta una lacuna di circa 3 mm. di dimensione che macroscopicamente appare come la sezione di un grosso vaso, ma microscopicamente si vede una neoformazione papillomatosa rivestita da epitelio cilindrico. A questo strato seguono verso l'esterno fibre connettive intersecate da vasi di più grosso calibro che nel primo. Quindi l'ultimo strato che è l'esterno è costituito da connettivo molto più fitto, con pochissimi vasi. In nessun punto si è trovato qualche cosa che ricordi la struttura di un ovario, non avendo riscontrato l'esistenza dei follicoli.

La capsula poi involgente il feto fra le anse intestinali si presenta all'esame istologico costituita da connettivo disposto a fitte fibrille, in qualche punto intrecciantesi a maglie, e, fra queste delle piccole areole nelle quali si vedono degli elementi rotondi. Vasi di calibro diverso trovansi disseminati a traverso questo connettivo.

Decorso post-operatorio. — 8 Marzo. L'operata accusa violenti dolori addominali. Ha vomito frequente. Il ventre però non è espanso. Polso 100. Nelle ore pomer. viene cambiata la garza a drenaggio addominale, perchè umida e tinta di sangue. Temperatura: m. 36° 2, s. 37° 3.

9 Marzo. Continuano i dolori e il vomito. Addome espanso. Non emise gas dall'ano. Viene praticato un enteroclismo di acqua bollita e due ore dopo lo rimette assieme a molti gas. Dopo di che il vomito cessa, diminuisce il meteorismo, come pure il dolore. Polso 100. Temperatura: m. 37° 3, s. 37° 4.

10 Marzo. Ventre trattabile. Dolori scomparsi. Polso 90. Temperatura: m. 38°, s. 38°. Non avendo avuta alcuna scarica dall'atto operativo viene prescritto un bicchiere di acqua purgativa.

11 Marzo. Ebbe diverse scariche accompagnate da forti dolori addominali. La temperatura che alla mattina era a 37°7, saliva la sera a 39°8. All'indomani pure la febbre fu continua a 39° con brividi di breve durata. Il ventre però si conservava appianato, trattabile, poco dolente alla pressione ed il polso pressochè normale. Il giorno 13, dopo una sudorazione profusa durante la notte, l'operata era apiretica. L'apiressia fu poi continua. Il giorno 15 venne levato il drenaggio addominale; ma siccome dall'apertura uscì scarso liquido siero purulento, si rimise uno più sottile, che dopo due giorni fu levato definitivamente non essendovi secrezione, nè reazione dell'apertura. Questa divenuta strettissima venne protetta con garza all'jodoformio. In 12.ª giornata si levarono i punti di sutura cutanea, avendo adesione perfetta; in 20.ª chiusa anche l'apertura al punto di drenaggio, l'operata si alzò.

Il 12 Aprile fu dimessa dall'Ospitale, ormai in forze, migliorata nella nutrizione e senza alcuna sofferenza. Aveva un peso di Kg. 53. Uscì quindi con un aumento di 4 Kg. di peso.

Da recenti notizie avute mi consta che essa sta tutt'ora bene, senza sofferenze, può attendere ai lavori più faticosi.

2.° Caso. — *Vezzil Gioseffa, di anni 44, di Tolmezzo. Gravidanza extrauterina nel 6.° mese Feto morto macerato. Laparotomia. Esportazione del feto e della cisti. Guarigione.*

Menstruazioni sempre regolari. Maritata a 21 anni, ebbe un aborto e sette parti regolari, l'ultimo dei quali 12 anni fa. Dal Novembre 1895 è amenorroica. A quest'epoca cominciò a soffrire di forti dolori uterini, simili alle doglie del parto. Tali dolori, salvo qualche sosta per qualche giorno, durarono fino alla metà di Gennaio 1896, ed erano accompagnati da frequenti nausee e vomiti. In questo mese s'accorse di una tumefazione alla fossa iliaca sinistra, di consistenza a sua detta dura, e dolente alla pressione. Tale tumefazione andò crescendo a poco a poco, portandosi in alto verso l'ombellico, ma conservando sempre la sua posizione a sinistra. Tutto il mese di Febbraio passò senza sofferenze, e solo ai primi di Marzo ebbe dolori uterini, ma per una sola giornata. Con tutto ciò la paziente preoccupata dall'aumento progressivo del tumore si fece esaminare dall'egregio collega dott. Ermanno del paese, il quale sospettando trattarsi di gravidanza extrauterina consigliò la paziente a ricoverare all'Ospitale civile di Udine per un intervento chirurgico. Il 22 Aprile essa entrava nel reparto chirurgico.

Stato presente. — Nutrizione scarsa. Colorito della cute terreo. Mucose pallide. Cuore e polmoni sani. Le mammelle leggermente tumide,

con areola bruna. Alla loro compressione esce liquido lattiginoso. L'addome è irregolarmente disteso per una tumefazione nella fossa iliaca sinistra che si innalza fino all'ombellico, di consistenza pastosa elastica, a forma ovoidale, indolente alla pressione. All'ascoltazione sul tumore oltre al soffio placentare, si sente il battito cardiaco fetale.

Il collo dell'utero è grosso e rammollito. La bocca uterina è rivolta verso sinistra. Non si riesce a limitare il volume del corpo uterino. L'isterometria dà centim. 8 e l'isterometro dà una direzione del canale in alto e a destra.

Su questi dati faccio diagnosi di gravidanza extrauterina e non trovando per il momento alcuna indicazione operatoria, consiglio la gestante a rimanere in osservazione all'Ospitale per intervenire chirurgicamente alla possibile insorgenza di complicazioni. Tale consiglio però non viene accettato e dopo 15 giorni non avendo sofferenze la Vezzil insiste per il licenziamento, desiderando stare in osservazione del suo medico e promettendo di ripresentarsi all'Ospitale appena le insorgesse qualche cosa di nuovo. Viene perciò dimessa.

Agli ultimi di Giugno le sopravviene una metrorragia con espulsione della membrana deciduale. Constatata la morte del feto, rientra all'Ospitale per farsi operare il giorno 8 Luglio.

Le condizioni generali della paziente sono discrete. Accusa leggeri dolori addominali. Il tumore che in Aprile arrivava all'ombelico è di molto diminuito del suo volume essendo disceso a tre dita trasverse al di sotto di esso. Presenta una forma irregolare, con durezze spiccate, specie alla sua parete anteriore interna, dolente alla pressione. È immobile e aderente alle pareti addominali. Dalla vagina cola liquido sanguinolento inodoro. Temperatura normale.

Questa volta per desiderio dell'operanda ritardai di qualche giorno l'operazione, ma sopravvenuta la febbre con qualche brivido preparo la paziente con purgativi ed il giorno 16, presente il dottor Ermanno e diversi assistenti ospitalieri, cloroformizzata l'ammalata, procedo alla laparotomia.

Aperto il cavo addominale dall'ombellico al pube, devo distaccare il peritoneo parietale che per largo tratto è aderente al tumore. Dal distacco di questa aderenza non ho emorragia. Gran tratto di omento invece intimamente aderente al tumore viene resecato. Isolato in tal modo il tumore, esso si presenta del volume di un utero gravido in quinto mese, posto nel quadrante inferiore sinistro dell'addome, a pareti tese, di colorito giallognolo e pochissimo vascolarizzate. Non essendomi possibile l'esportazione del tumore in massa, avendo esso larga aderenza sulla parete posteriore, verso l'utero e la vescica, isolo il tumore dalle anse intestinali proteggendole con flanelle calde sterilizzate, e incido le pareti del tumore. Nessuna emorragia dall'incisione.

Esce liquido siero-purulento che si vuota al di fuori del cavo ad-

dominale avendo cura di mantenere fisse le pareti addominali contro la cisti. Prolungata l'incisione della sacca si estrae facilmente un piccolo feto macerato e poi dopo anche la placenta pur essa macerata. Stante il principio di disfacimento anche del sacco, si impone anche la sua esportazione, che riesce con paziente e laborioso distacco, apportando assieme al sacco l'ovario aderente e la tromba che è in sua continuazione perchè molto grossa. Pulito ed asciugato bene il campo operatorio ed il cavo addominale, pongo, come cautela necessaria in questo caso, il drenaggio Mikulitz, e suturo a piani le pareti addominali. Medicazione con abbondante garza sterilizzata.

Esaminata la cisti, che viene conservata nel gabinetto di chirurgia dell'Ospitale, si nota che essa ha la sua parete anteriore rammollita ed assottigliata, le pareti laterali e posteriori sono molto grosse e resistenti.

All'esterno e a ridosso della parete posteriore trovasi l'ovario di grandezza e consistenza normale, facilmente distaccabile nella parete della cisti. La tuba ingrossata decorre in parte sulla parete posteriore della cisti ed è ad essa aderente, la sua estremità addominale è distesa a forma di imbuto e continua nella sua distensione nella parete della cisti; in guisa che v'è una comunicazione diretta fra la tuba e la cavità cistica. La placenta sviluppata su larga base è inserita posteriormente e a poca distanza dall'orifizio tubarico.

Il feto ha un peso di gr. 450. La sua lunghezza è di centim. 27. La cute del torace e dell'addome è di colorito verdognolo. La testa è schiacciata nel senso laterale. Porta capelli lunghi un centim.; sottili e aderenti. Non v'è discesa dei testicoli.

Il decorso post-operatorio fu buono. La temperatura nei primi due giorni non sorpassò mai i 38°. In terza giornata era apiretica. L'apiressia fu poi continua. Nessun disturbo da parte dello stomaco e dell'intestino. In quarta giornata venne levata la garza dalla sacca di drenaggio. Uscì scarso liquido sanguinolento. In sesta si tolse anche la sacca, e la si sostituì con sottile drenaggio di garza, uscendo qualche goccia di pus. La ferita addominale si presentava senza la minima reazione, talchè in decima giornata si aveva una solida adesione. La secrezione dalla piccola apertura addominale fu sempre scarsa e in 20.ª giornata, essendo nulla, venne fatta medicazione a piatto. In 30.ª giornata anche l'apertura s'era chiusa e sostituita da solida cicatrice. Alzatasi l'operata, quattro giorni dopo veniva, dietro sua richiesta, dimessa dall'Ospitale, senza sofferenze, ed in buone condizioni generali.

Poco tempo fa accidentalmente rividi questa operata e la trovai in ottime condizioni di salute.

Sopra questi due casi credo opportuno fare qualche considerazione. Nel primo caso all'atto operativo non ho potuto trovare l'ovario, nè rico-

noscerlo microscopicamente a ridosso del sacco. Questo fatto mi aveva fatto credere che si trattasse della rara forma di gravidanza ovarica, ma l'esame istologico praticato, me la escluse, non avendo trovato alcun punto che mi accennasse alla struttura ovarica e dei suoi elementi. Invece in una delle sezioni mi apparve una lacuna rivestita da epitelio cilindrico che io devo interpretare per sezione della tuba. Ed infatti un esame più diligente del sacco me ne dimostra la continuazione all'esterno. Questo reperto però non porta alla diagnosi di gravidanza tubarica, nè tubo addominale, ma solo che il sacco ha dei rapporti di contiguità colla tuba.

La gravidanza era stata a termine? Ecco il secondo quesito che mi si presenta. Mi pare di doverla ammettere positivamente, avendo per dati oltre che l' epoca della cessazione dei menstrui, la comparsa in scena nove mesi dopo della metrorragia, con rottura del sacco, fuoruscita del feto e di più i segni fisici, già descritti, di maturità del feto. Quanto tempo poi abbia questo continuato a vivere libero nel cavo addominale, o se colla metrorragia fosse stata espulsa anche la decidua, oppure dopo, non sono in grado di poterlo dire, mancandomi le notizie richieste al medico locale, che non me le potè dare non avendone fatta probabilmente osservazione. Quello che è certo è che successe la reazione peritoneale e poi il riassorbimento delle acque, le anse intestinali si addossarono al feto e a poco a poco cominciò a formarsi un essudato infiammatorio costituente per così dire una vera capsula. E che questo fosse un essudato infiammatorio ce lo dimostra l'esame istologico già descritto.

Così fortunatamente incapsulato il feto esso avrebbe potuto finire a costituire un litopedio; dico probabilmente, perchè ognuno sa che questo esito è molto raro, e che l'aspettativa prolungata può dare oltre che una lunga suppurazione per ulcerazioni sia dal lato intestinale che dalle pareti con deperimento continuo della ammalata, anche una peritonite generalizzata mortale.

Davanti a questi pericoli possibili ho sconsigliato assolutamente l'aspettativa e indicata l'operazione, anche per le sofferenze continue che rendevano una vita infelice e intollerabile alla paziente. L'aspettare ancora per evitare il caso di emorragia dal lato della placenta non era più a temersi; essendo già stabilito (Litzmann) che dopo quattro mesi la circolazione placentare è completamente arrestata. Nel mio

caso, a questo non sarebbe stato necessario di pensarci, perchè essendo il feto diviso dalla placenta e questa ben incapsulata, io avrei potuto limitarmi ad esportare solamente il feto e la sua capsula infiammatoria lasciando al riassorbimento spontaneo benchè lento della placenta, essendo ad altri riuscita la guarigione anche di abbandono di placente a sacco aperto (Negri, Braithwaite, Campeneys). Io però considerando questa placenta incapsulata e da cui non doveva temere l'emorragia ho creduto conveniente trattarla come una cisti e perciò vuotatala passai alla sua esportazione. Se non ebbi emorragia dal sacco, ebbi però gemizio sanguigno dal distacco delle aderenze, gemizio che fu arrestato con allacciature e punti di sutura. Nel dubbio che da questi punti continuasse un po' di emorragia e che quindi andasse a costituire una raccolta che avrebbe potuto trasformarsi in ascesso, ho per prudenza messo il drenaggio alla Mikulicz. Difatti questa prevenzione veniva ad avverarsi avendo trovato all'indomani la medicazione tinta in sangue. Resta a stabilirsi se l'essudato infiammatorio che era al dintorno del feto, lo si avesse potuto abbandonare senza pericoli. Io credo che questo non avrebbe dato importante reazione, però colla sua estirpazione parziale ho potuto liberare molte anse dalle loro aderenze e reso perciò il circolo intestinale più libero.

Nel secondo caso ci troviamo davanti ad un'altra gravidanza extrauterina ma diagnosticata a tempo. Difatti la distanza dall'ultima gravidanza, la manifestazione di un tumore, la sua posizione laterale, la posizione deviata dell'utero, la sua grandezza, il rammollimento del collo e infine il battito cardiaco fetale, erano elementi più che sufficienti per dimostrare l'esistenza di una gravidanza extrauterina.

In tale caso qualcuno potrebbe osservare che diagnosticata la gravidanza extrauterina sarebbe stata indicazione di pronta operazione. Io rammentando che nelle gravidanze tubariche di solito già al secondo mese, alle volte, al terzo e più di rado al quarto succede la rottura della tromba; non essendo ciò avvenuto nel caso esposto giudicai trovarmi davanti ad una gravidanza delle altre varietà addominali; gravidanze che possono venire a termine. Il feto ormai avanzato, le buone condizioni generali della paziente mi spinsero a consigliare la gestante a stare in osservazione all'Ospitale. Nè, per la sola risoluzione presa di ritornare al suo paese, avrei dovuto tosto operarla.

La vigilanza però del medico locale a cui si attenne per le mie

insistenti raccomandazioni, valsero ad accertare l'epoca della morte del feto e a farla subito rientrare all'Ospitale. Alla sua entrata si poteva ormai stabilire la decomposizione del feto, con processo infiammatorio in corso, presentando il tumore aderenze alle pareti, di più si aveva la febbre. Ora due erano le indicazioni operatorie: o incidere nel punto della aderenza infiammatoria e per tal via esportare il feto e placenta e drenaggiare la sacra residuale; oppure fare l'ampia laparotomia ed esportare feto e sacca. Eseguendo secondo la prima indicazione probabilmente non si avrebbe infettato il peritoneo, ma solo avuta una noiosa e prolungata suppurazione fino a totale eliminazione del sacco. Io sperando di poter esportare feto e cisti senza aprirla, collo scopo di giovare più prontamente alla paziente; fiducioso di poter pur provvedere anche qualora dovessi aprire il sacco, mi attenni alla laparotomia ampia. Dovetti aprire il sacco.

Ma prima di aprirlo ebbi tutta la cura di circoscrivere il tumore ed isolarlo dagli intestini con più strati di flanelle sterilizzate, impedendo così che del liquido del sacco infettasse il peritoneo. Nè il fatto di aprire la cisti mi impressionò punto, avendo veduto accadere ad altri ed essendo anche a me successo casi di rotture di piosalpingi per manualità di distacco e ottenere ciò nullameno la guarigione. Fu mia cura però di vuotare il contenuto fuori del cavo addominale, in modo che forse solo qualche goccia rimase a ridosso delle flanelle che venivano subito ricambiate. E così anche questo caso ebbe la guarigione nel breve tempo di un mese.

Tali risultati se devo attribuire in gran parte alla più scrupolosa pulizia del campo operatorio, asepsi degli strumenti e antisepsi generale, dipendono anche dall'aver adoperato il drenaggio alla Mikulicz. È ben vero che la guarigione si prolunga, ma al chirurgo deve interessare sopratutto non che la guarigione avvenga nel più breve tempo possibile, ma che essa avvenga se non con certezza, con tutta la probabilità. Certo che il drenaggio può dar luogo in seguito ad una piccola ernia, ma ciò non deve preoccupare più che tanto il chirurgo, perchè la plastica post-operatoria è facile e per nulla pericolosa purchè usi di tutti i mezzi antisettici e asettici che la chirurgia moderna impone.

Udine, 20 Aprile 1897.

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Pavia
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

Di un tumore cistico della clitoride

(CONTRIBUTO ALLA CASISTICA DEI TUMORI BENIGNI DELLA CLITORIDE)

PEL
Dott. GIUSEPPE RESINELLI
Aiuto e libero docente.

Il Peckham nel 1891, studiando un caso di tumore della clitoride, fu tratto a ricercare nella letteratura le altre osservazioni di simile affezione. Ed escludendo i tumori maligni propriamente detti, egli potè riunire soltanto 21 casi di tumori primitivi della clitoride e di natura non cancerigna (1). Il raro occorrere di queste forme morbose, più che la loro scarsa importanza clinica, ne dà ragione del fatto che le affezioni della regione clitoridea sogliono essere considerate in un gruppo colle affezioni primitive della vulva, anzichè costituire argomento ad un capitolo speciale anche negli estesi trattati di ginecologia. Eppure la clitoride, sia per l'origine embriologica, sia per la struttura anatomica, si differenzia nettamente dalle ripiegature cutanee che costituiscono le parti esteriori dei genitali femminei. I due corpi cavernosi terminati ad estremità smussa e leggermente rigonfia, rivestiti dalla ripiegatura superiore delle piccole labbra, e quasi trattenuti in basso dal frenulo e forniti nella loro parte mediana inferiore di un solco, cui si continua la briglia mascolina di Pozzi, omologa all'uretra spugnosa, rappresentano una formazione rudimentaria della verga maschile, avendone la stessa ricca distribuzione vasale e la identica struttura di organi erettili.

Le affezioni che possono colpire questo organo, astrazione fatta dalle ferite e dai traumi, possono essere riassunte in: alterazioni di sviluppo, affezioni infiammatorie, tumori. Le alterazioni di sviluppo, per lo più

(1) Grace Peckham. « Tumors of the clitoris. » *The american journal of Obstetrics and diseases of women and children*, 1891, N. 10.

congenite vengono studiate come forme di ermafrodismo e di ipertrofia della clitoride. Le forme infiammatorie, semplici o specifiche, non sono che diffusioni di processi, che hanno colpito le altre parti dei genitali esterni. Le lesioni sifilitiche, le vegetazioni semplici, papillomi, condilomi, l'estiomene vulvare per lo più invadono la regione clitoridea dopo avere attaccato più o meno estesamente le altre parti genitali: l'elefantiasi invece venne osservata non tanto di rado colpire in modo primitivo la clitoride; su 46 casi raccolti da Mayer, fra cui 10 di propria osservazione, in 7 era colpita la clitoride da sola ed in 9 la clitoride insieme alle grandi ed alle piccole labbra (1). Questi tumori elefantisiaci possono raggiungere volume enorme, per lo più hanno larga base, ma talvolta sono anche peduncolati, così che furono talvolta descritti col nome generico di *molluscum pendulum*, sotto la quale denominazione per altro vennero designate anche forme che non erano realmente da attribuirsi alla elefantiasi degli Arabi (2).

I tumori maligni che vennero osservati svilupparsi primitivamente dalla clitoride sono gli epiteliomi ed i sarcomi, e questi ultimi per lo più sarcomi melanotici. Le condizioni anatomiche della regione aggravano il pronostico di questi tumori maligni, per la grande facilità con cui si riproducono dopo la esportazione. Secondo la statistica di Mayer la frequenza del cancro negli organi genitali femminei segue questo ordine: utero, mammelle, ovaie, vagina, vulva; e fra i cancri della vulva quello primitivo della regione clitoridea è piuttosto raro. Peraltro di siffatta affezione è noto un discreto numero di osservazioni nelle quali spicca il decorso fatale e la facilità con cui la neoplasia si riproduce anche dopo l'esportazione (3). Più raro dell'epitelioma è il sarcoma melanotico, di cui le principali osservazioni sono raccolte nei lavori di Taylor (4) e di Caruso (5). Su 28 casi di sarcoma primario della vulva in 9 era affetta da sola, o colle regioni vicine, la cli-

---

(1) L. Mayer. « Die Elephantiasis (Arabum) Vulvae. » *Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie*, Berlin, 1872, pag. 363.

(2) Pozzi. « Traité de gynécologie, » IIe éd., pag. 1043.

(3) Louradour. « Contribution à l'étude du cancer primitif du clitoris. » Thèse, Bordeaux, 1895.

(4) Taylor. « Mélano-sarcoma primitif de la vulve. » Trad. *Annal. de Gyn.*, 1889, Giugno e Luglio.

(5) F. Caruso. « Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio del sarcoma della vulva. » *Atti della Società italiana di Ostetricia e Ginecologia*, Roma, 1896, pag. 399.

toride, e dei tumori 6 erano melanotici, 2 sarcomi non pigmentati, 1 mixo-sarcoma.

I tumori non maligni della clitoride sono assai meno conosciuti ed anche notevolmente più rari (1), cosichè anche negli estesi trattati di anatomia patologica se ne fa solo un rapido accenno (2).

Un lavoro che raccoglie le osservazioni di queste rare forme morbose è quello citato di Peckham, ed in vista di tale eccezionalità mi sembra non del tutto inutile portare un contributo alla casistica curiosa, riferendo un caso di tumore cistico della clitoride, che recentemente ebbi ad osservare.

A. S. d'anni 42, di Lomello, entra nella Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia il 30 Giugno 1896. Mestruata sempre regolarmente dall'età di 13 anni, entrò senza particolari disturbi nella menopausa cinque anni or sono; non ebbe mai a soffrire malattia alcuna. Rimasta gravida quattro volte, ebbe un aborto a tre mesi, e portò a termine le altre tre gravidanze, che ebbero esito di parto felice. Circa un anno dopo l'ultimo parto, che ebbe luogo 17 anni or sono, la donna si accorse di una piccola tumescenza, che si era formata in corrispondenza alla clitoride; questo tumoretto andò lentissimamente aumentando di volume per otto-dieci anni fino a raggiungere il volume di una noce, che ha tuttora. In tutto questo tempo il tumoretto non le fu causa di sofferenza, nè di disturbo alcuno, tantochè essa non ricorse mai al medico. Da due anni però essendosi gradatamente formata una procidenza delle pareti vaginali, ed infine un vero prolasso utero-vaginale completo, incominciò a lagnarsi dei disturbi, che quest' ultima affezione le arrecava, onde finalmente si indusse a ricorrere al medico.

All' esame dei genitali si osservano prolassati in modo completo, dalla vulva beante, l'utero e la vagina che formano un corpo lungo cm. 8, voluminoso, con una circonferenza alla base di cm. 20 a vescica completamente vuota. Il muso di tinca di volume maggiore della norma presenta nel suo labbro posteriore un'ampia ulcerazione, a bordi molli, granulanti, che danno facilmente sangue. La cavità cervico-uterina misura 10 cm.; il corpo uterino in lieve retroflessione è situato nella parte media dello scavo, e sotto di esso la porzione sopravaginale del collo lunga e sottile si prolunga nella tumescenza procidente dalla vulva.

---

(1) Lauro. « Elefantiasi del clitoride e fistola vescico-vaginale da causa non traumatica in donna sifilitica. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1890, pag. 194.

(2) Ziegler. « Lehrbuch der Allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie. » Jena, 1890. — Orth. « Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. » Berlin, 1893, II Bd., pag. 369-370.

Il retto si insinua con piccolo insaccamento nella parte posteriore della vagina prolassata.

Al di sopra della tumescenza utero-vaginale descritta, si scorge un tumoretto del volume e della forma di una piccola pera, che si adagia sulla massa sottostante, presentando una lunghezza di cm. 6 ed una massima circonferenza di cm. 10 (v. Tav. fig. 2): esso è elastico quasi fluttuante, molliccio, indolente, coperto da mucosa cutizzata sottile e delicata, priva affatto da pelurie e trasparente così da lasciar scorgere le sottili vene che in essa decorrono. Guardato per trasparenza alla luce questo corpo mostrasi completamente opaco. Esso termina in alto con un picciuolo fibroso, che si spinge sotto l'arcata pubica, cui si attacca. Non esiste altra formazione che sia o rappresenti la clitoride; coll'esame diretto il picciuolo appare unico e non si riesce ad avvertire alcun accenno a divisione di rudimenti di corpi cavernosi.

Le piccole labbra d'ambo i lati giunte sul picciuolo del tumore dividonsi ciascuna in due lembi; i due superiori unisconsi sul dorso del peduncolo a formare il cappuccio o prepuzio della clitoride, le inferiori attaccansi un po' divaricate sulla faccia inferiore del tumoretto confondendosi coll'integumento di quest'ultimo. Ciò appare evidente allorchè, ridotto l'utero, si solleva in alto il tumore (v. Tav. fig. 1). Questo tumoretto col suo peduncolo sostituisce perciò completamente la clitoride della quale non resta altro rudimento.

La diagnosi era semplice: prolasso completo utero-vaginale con cistocele e rettocele ed ipertrofia della porzione sopra-vaginale del collo. Tumore cistico della clitoride.

L'8 Luglio 1896 nella narcosi cloroformica si eseguisce l'atto operativo: eseguita l'amputazione della porzione vaginale del collo e suturati i lembi con katgut Krönig, si escidono due lembi semielittici della parete vaginale anteriore e si suturano i lembi con katgut Krönig a punti staccati; quindi escisi due lembi triangolari vagino-vulvari, si suturano i margini della superficie cruentata a punti staccati in seta.

Per esportare il tumoretto clitorideo, si incide la cute appena al di sopra del peduncolo in modo di formare due lembi laterali, quindi si snuclea la parte centrale della cisti dal suo impianto, e si recide il peduncolo di consistenza fibrosa; con filo sottile in seta si stringe un'arteria che scorre nel peduncolo (arteria dorsale della clitoride), quindi si suturano i lembi mucosi con tre punti staccati in seta.

L'ammalata perfettamente guarita lascia la Clinica il 30 Luglio 1896.

La cisti esportata incisa appare formata da un involucro di mucosa cutizzata sotto al quale trovasi una capsula fibrosa, che racchiude una massa poltacea, di colore gialliccio, untuosa al tatto, di reazione alcalina, che esaminata al microscopio mostrasi costituita da gran copia di cel-

lule epiteliari pavimentose, nelle quali ancor bene si distingue il nucleo, da ammassi di cristalli di colesterina, da goccie di adipe. L'esame batteriologico è assolutamente negativo. La parete del tumore all'esame microscopico mostrasi costituita dal rivestimento esterno formato da una mucosa esile il cui epitelio pavimentoso stratificato è superficialmente cornificato, sprovvista di peli e di lanugine, e di ghiandole sudorifere o sebacee, con papille piccole: al di sotto dell'epitelio si osserva uno strato di connettivo lasso, nei cui strati interni sono distribuiti i vasi sanguigni. A questo connettivo lasso (sotto mucoso), fa seguito uno strato di connettivo duro compatto (parete propria delle cisti), che sopporta l'epitelio di rivestimento della cavità. Tale epitelio è formato da un unico strato profondo di cellule cubiche sormontato da cellule epiteliali piatte disposte a formare un unico strato, al di sopra del quale si scorge una zona di elementi epiteliali cornificati. Questo rivestimento epiteliare ha perciò caratteri embrionali, che ci possono guidare nella ricerca della origine di una tale formazione morbosa.

Tale cisti non si è originata dalla cute del cappuccio clitorideo, perchè questo era completamente libero e non prendeva parte alcuna al rivestimento del tumoretto. Questo rivestimento era formato da mucosa con epitelio cornificato ed evidentemente la cisti si era andata a mano a mano rivestendo della mucosa dermo-papillare, che era destinata o che già formava il rivestimento del ghiande clitorideo. Negli ateromi comuni è noto che la cisti, mentre si mantiene in lassi rapporti coi tessuti circostanti, aderisce alla pelle per un punto limitato corrispondente allo sbocco del condotto fattosi atresico. In questa cisti invece il rivestimento mucoso era solo lassamente aderente alla sacca, dalla quale poteva essere staccata in totalità senza incontrare alcun punto dove l'aderenza fosse tenace.

L'origine di questa cisti non può ricercarsi dunque nelle comuni ghiandole sebacee; la sua indipendenza dall'involucro cutaneo del cappuccio clitorideo, ed il suo sviluppo esclusivamente limitato alla clitoride, escludono tale possibilità. L'esistenza di formazioni ghiandolari nel solco balano prepuziale della donna, analoghe alle ghiandole del Tyson, benchè da taluno (1) sia ammessa, non è ancora provata; e ta-

---

(1) Nagel. « Die weiblichen Geschlechtsorgane in Handbuch der Anatomie des Menschen. » Jena, 1896, pag. 109.

luni autori (Tourneux ed Herrmann) le negano recisamente (1). Anzi il Bergonzini in una sua nota sulla struttura del glande maschile sostiene che le così dette ghiandole di Tyson sono dovute ad un errore di osservazione, e studiando analogamente la struttura istologica delle piccole labbra e della clitoride, potè dimostrare l'assoluta assenza di ghiandole tanto sulla faccia interna del cappuccio clitorideo, quanto sulla superficie del glande corrispondente (2). Onde si è tratti considerare questa rara forma, piuttostochè un semplice ateroma, come una cisti dermoidale la cui origine sarebbe a ricercarsi in una anomala disposizione degli elementi fibro-epiteliali costituenti il glande clitorideo che si sarebbero introflessi; ciò è provato anche dal mancato sviluppo della clitoride, di cui la sola traccia era rappresentata dal peduncolo fibroso, che si continuava col tumore cistico fino all'arcata sotto-pubica.

Anche il Wertheimer (3) ha potuto dimostrare con numerose ricerche che la faccia interna del cappuccio clitorideo e la faccia esterna del glande non possiedono mai ghiandole sebacee. Egli però ammette che il glande della clitoride sia una dipendenza diretta delle piccole labbra, e precisamente che le due ripiegature di biforcazione inferiori delle piccole labbra costituiscano colla loro convergenza il glande, precisamente come le superiori ne formano il cappuccio. Inoltre Wertheimer in una donna adulta potè dimostrare l'esistenza di una ghiandola, che egli chiamò clitoridea e che si aprirebbe alla faccia inferiore del glande della clitoride: questa ghiandola era costituita da tre piccoli lobuli ed aveva la struttura di una ghiandola a grappolo, così che egli la paragonò ad un lobulo della ghiandola di Bartolini. Seguendo il canale escretore della ghiandola lo si vedeva sboccare esattamente sulla linea mediana nel solco di biforcazione, situato sulla faccia inferiore del glande. L'osservazione però è unica e mi parve opportuno ricordarla per la possibilità che una siffatta anomalia possa essere origine dei tumori cistici che talvolta si sviluppano dalla clitoride. Bergonzini

---

(1) Testut. « Trattato di anatomia umana, » trad. ital. Torino, vol. III, parte 2.ª, pag. 284.

(2) Bergonzini. « Sulla struttura istologica delle piccole labbra e del clitoride. » *Rassegna di scienze mediche*, 1894, pag. 103.

(3) Wertheimer. « Recherches sur la structure et le développement des organes génitaux externes de la femme. » *Journal de l'anatomie et de la physiologie normale et path. etc.*, XIX, Paris, 1883, pag. 551.

descrisse in corrispondenza al solco clitorideo prepuziale uno zaffo epiteliale che, in diretta continuazione coll' epitelio superficiale, si approfonda nel tessuto connettivo sottostante, terminando con un accumulo rotondeggiante di cellule cornificate, disposto presso a poco come si vedono le così dette perle epidermiche negli epiteliomi, ma di volume assai maggiore. Se una siffatta disposizione anatomica sia costante, finora non è dimostrato; Bergonzini la osservò due volte su tre casi da lui studiati e torna acconcio qui farne cenno per la possibilità che da una tale condizione di cose traggano origine formazioni morbose.

Le cisti delle vulva in genere, se si fa astrazione dalle cisti della ghiandola di Bartolini, dalle cisti sierose od idroceli incistati del legamento rotondo, e dalle cisti imenali, sono piuttosto rare. Le cisti ateromatose, notevolmente rare, si osservano per lo più alla parte inferiore delle grandi labbra.; Winckel esportò un ateroma grosso quasi come un uovo di gallina sviluppatosi alla natica in vicinanza della vulva in una donna di 33 anni (1). Klebs (2) avrebbe osservato nelle grandi labbra anche veri dermoidi presentanti nelle loro pareti gli elementi proprii della cute, papille, ghiandole sebacee e talvolta contenenti anche capelli e denti.

Rare sono le osservazioni di cisti sviluppatesi nelle piccole labbra. Bärensprung descrisse delle piccole cisti piatte gialliccie che stanno superficialmente nella mucosa, hanno contenuto untuoso ricco d'adipe e pareti sottili, trasparenti; si osservano alla faccia interna delle piccole labbra e raggiungono il volume di un pisello e talvolta anche di una ciliegia. Esse possono, a parte la loro particolare grossezza ed il loro contenuto, essere paragonate ai migli della pelle (3). Ricorderò inoltre i due casi di Wiltshire e quello accennato da Duncan (4). È noto il disaccordo che esiste nella interpretazione del rivestimento delle piccole labbra; alcuni (Kölliker, Gerlach) vorrebbero considerarlo come

---

(1) Winckel. « Lehrbuch d. Frauenkr. » 1886, p. 28.

(2) Klebs. « Handbuch der pathologischen Anatomie ». Bd. I, pag. 987, Berlin, 1869.

(3) In Klebs, loco cit.

(4) Wiltshire. « Cyste from the labia minora. » *Transactions of the obstetr. soc. of London*, XXIII, 1881, pag. 206. Duncan ricorda che un esemplare trovasi nel museo di St. Bartholomew's Hospital.

mucoso, altri (Carrard), come cutaneo. L'aspetto liscio ed umido, la mancanza di peli e di ghiandole sudorifere, l'assenza sotto di esso di tessuto cellulo-adiposo farebbero ascrivere questo integumento fra le mucose; la natura dell'epitelio, la presenza in esso di corpuscoli tattili e la ricchezza di ghiandole sebacee deporrebbe per la natura cutanea. È noto come queste ghiandole, più numerose sulla faccia esterna che sull'interna, offrono la particolarità di mancare nella neonata, di apparire tardivamente restando stazionarie fino alla pubertà, per svilupparsi a quest'epoca e raggiungere poi il loro massimo sviluppo nella gravidanza. Secondo Wertheimer anzi queste ghiandole resterebbero allo stato rudimentale anche nell'adulta e arriverebbero al loro completo sviluppo soltanto durante la gravidanza.

Forme rare di cisti etiologicamente ancora non bene note sono quelle che vennero osservate formarsi fra l'orificio dell'uretra e la clitoride; grosse da una lenticchia fino ad un nocciuolo, possono avere contenuto sieroso chiaro e talvolta anche giallo e denso. Winckel (1) le osservò per lo più in pluripare. Secondo Klob (2) (polipi mucosi, escrescenze, caruncole), deriverebbero da linfangectasie forse per precesse trombosi. Il loro contenuto può talora essere color cioccolatta per mescolanza di sangue. Un caso di tumore cistico sporgente dal meato urinario e sviluppatosi da residui di canali embrionali, venne osservato e studiato nella Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia (3).

Anche nella clitoride vennero osservate delle cisti: un tumore cistico della clitoride venne illustrato da Peckham. In una donna di 30 anni pluripara osservò un tumore del volume di un uovo di gallina sviluppatosi dopo un parto in corrispondenza della clitoride in guisa di sostituirla. Fatta una semplice incisione ne uscì liquido color cioccolatta analogo a quello di certe cisti ovariche o dell'ematocolpos. Evacuata la sacca cistica, i lembi si retrassero ed a poco a poco la tumescenza scomparve. Syme (4) osservò una cisti grossa come una ciliegia a contenuto di colore oscuro sviluppatasi sotto al prepuzio clitorideo in una ragazza di otto

---

(1) Winckel. « Lehrbuch der Frauenkrankheiten. » Leipzig, 1886, pag. 28.

(2) Klob. « Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. » Wien, 1864, pag. 461.

(3) Cuzzi e Resinelli. « Quattro casi di prolasso della mucosa dell'uretra femminile. » *Morgagni*, Dicembre 1894.

(4) Syme, in Winckel, loco cit., pag. 28. Riportato anche da Peckham.

anni. Meigs (1) osservò un grosso tumore cistico della clitoride, pare sviluppatosi in seguito a trauma. Aperto il sacco con una lancetta ne uscirono 22 oncie di un liquido vischioso rosso-scuro analogo a quello dell'ematocolpos. Riempitosi più tardi di nuovo raggiunse il volume della testa di un fanciullo di 2 anni e venne poi esportato.

Fra i tumori solidi, lasciando da parte il curioso caso di ossificazione della clitoride narrato da Bartolini, è notevole l'osservazione di un voluminoso encondroma. Schneevoght (2), in una donna di 56 anni nullipara, affetta di prolasso dell'utero, osservò un grosso tumore lungo 13 cm., duro, irregolare di superficie, di natura cartilaginea con punti rammollati, ed altri ossificati (calcificati), unito con lungo peduncolo alla clitoride. Bellamy (3) presentò alla Società Patologica di Londra un tumore della forma di un cornetto sviluppatosi sotto al cappuccio clitorideo in una vecchia di 70 anni.

Accanto a queste vere eccezionalità morbose stanno i tumori fibrocellulari della clitoride: il Peckham nella sua memoria già più volte citata ne riporta 18 casi, riferendo i punti principali della storia clinica e dei caratteri anatomici e riportandone anche la figura: accenna anche a due casi di Heyret, dei quali però non dà sufficienti indicazioni. Questi tumori possono raggiungere notevole volume come nel caso di Simmond: è a notarsi però come in essi figurino anche taluni accennati dagli autori come ipertrofie sifilitiche [M. Clintock (4)] o come elefantiasi [Emmet (5)]. Il caso di Paget (6) più che un vero tumore clitorideo era un tumore sviluppato dalla parete destra della vagina e dalla ninfa destra. Alle osservazioni riferite di Peckham sono da aggiungere alcuni casi accennati nella nota clinica di Caradec (7) e cioè un caso di tumore

---

(1) Meigs. « Woman; her diseases and remedies: a series of letters to his class. » Philadelphia, 1854, pag. 138. Riportato da Peckham, pag. 1157.

(2) Schneevoght, citato da Zweifel. « Handbuch der Frauenkrankheiten von Billroth und Luecke. » Stutt., 1886, pag. 249.

(3) Bellamy, citato da Zweifel loco cit.

(4) M. Clintock. « Clinical Memoirs on diseases of Women. » Dublin, 1863, pag. 225: in Churchill. « Traité pratique des maladies des femmes, etc. » 3.ª ed. Paris, 1881, pag. 88.

(5) Emmet. « La pratique des maladies des femmes. » Paris, 1887, pag. 616.

(6) J. Paget. « Lectures on surgical pathology delivered at the royal college o surgeons of England. » London, 1863. « Fibrocellular tumours, » pag. 452.

(7) Caradec. « Cas curieux de tumeur fibro-plastique du clitoris chez une jeune fille de vingt-quatre ans. Ablation. » *Union méd.*, 1861, T. 12, pag. 115.

1

2

PAVIA - PREM. ELIOT. FRAT. FÙSI.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS
24 JUN 97
LIBRARY

clitorideo di aspetto lardaceo scirroso citato da Velpeau ed operato da Schönfeld; un secondo osservato in una negra di 18 anni, operato da Segond, ed un terzo operato da Appiè. Un tumore fibro-cellulare della clitoride veniva esportato da Duncan (1) e presentato alla Società Ostetrica di Londra nel 1883; un altro tumore simile del volume di un' arancia veniva esportato ad un' alienata, che moriva pochi giorni dopo per occlusione intestinale, da Parker (2). Ricorderò infine un caso di tumore di natura fibro-cellulosa pesante 18 oncie attaccato con peduncolo alla clitoride, che venne agevolmente reciso dal dott. Serafino Stingone (3).

I tumori non maligni della clitoride, fatta astrazione delle semplici ipertrofie, delle elefantiasi, possono clinicamente essere distinti in cistici e solidi.

I tumori cistici possono essere dati da forme di ritenzione, o da raccolte sanguigne e talora anche da forme dermoidali; i tumori solidi solo eccezionalmente cartilaginei, sono per lo più tumori fibro-cellulari. Questi, che osservansi a preferenza in donne che contrassero forme veneree e specialmente la sifilide, vennero osservati ed operati anche in gravidanza senza inconvenienti. Tanto le forme cistiche come le solide possono essere tollerate a lungo, ma sia per la possibilità di fatti ulcerativi od infiammatorii cui possono andare incontro, sia per la possibilità che talvolta trattisi di tumori fibro-sarcomatosi, l'esportazione, per lo più facile ed innocua, è di razionale indicazione.

---

(1) Duncan. *Trans. of the Obst. soc. of London.* 1883, XXV, pag. 212.

(2) Parker. *Annales de Gynécol.*, 1878, I, pag. 64.

(3) Stingone. « Filiatre Sebezio, » 1839, XVIII, 169, in Corradi, « Della chirurgia in Italia. » Bologna, 1871, pag. 535.

CONGRESSI, SOCIETÀ ED ACCADEMIE

68.ª Riunione dei Medici e Naturalisti tedeschi in Frankfurt a:M

15.ª Sessione — OSTETRICIA e GINECOLOGIA

RELAZIONE FATTA DAL DOTT. S. PATELLANI

(*Continuazione, vedi pag. 351*).

4.ª Seduta — 23 Settembre 1896. Ore 2 pom.

Presidente: P. MÜLLER. — *Segretario:* KALLMORGEN.

Prof. LEOPOLD (Dresda). — Nuove ricerche sull'anatomia della placenta umana.

Nell'utero di una donna di 30 anni, esportato *in toto* dalla via della vagina per carcinoma della portio, si trovava annidato nel mezzo della mucosa del corpo in condizioni normali un po' sporgente sulla superficie della mucosa un ovicino grosso come una lenticchia. Alla periferia di esso la mucosa tumefatta presentava una depressione. Al disopra dell'ovicino la decidua riflessa aveva cominciato a formarsi. Dai dati anamnestici si potè stabilire senz'altro che l'ovicino aveva lo sviluppo solo di 8 giorni. Dopo di aver fatto eseguire un disegno macroscopico delle condizioni rilevate conservò l'utero e l'uovo. Quest'ultimo insieme col tratto uterino cui corrispondeva fu separato dalla restante parte dell'utero. Venne pure aperta la cavità dell'ovicino e si poterono distintamente vedere alla periferia finissimi villi o meglio delle gemmazioni che circondavano l'ovicino sviluppate meno verso la parte libera (al posto della riflessa) meglio invece verso la parte profonda e ai lati.

Più tardi venne un pezzo, comprendente tutta la muscolatura e la mucosa uterina coll'uovo, incluso in paraffina e sezionata in sottili sezioni. Una di queste che colpiva l'ovicino quasi nel suo punto mediano venne con tutta cura disegnato dal dott. Griser, assistente della Clinica.

Nel disegno, che è una fedelissima e splendida riproduzione del preparato, si vede la mucosa uterina trasformata in decidua con uno strato compatto ed uno spongioso. Il primo strato è in ogni sua parte, dove circonda l'uovo ricoperto da epitelio cilindrico. Le ghiandole sono dilatate e stirate nel senso della lunghezza. La mucosa, a partire dall'introflessione riscontrata attorno all'ovicino, si solleva attorno ad esso (qui si hanno anche le ghiandole) e lo ricopre. Nella mucosa vedonsi numerosi e sottili rami arteriosi e capillari che, già a quest'epoca, con aperture sboccano negli spazii intravillosi versando in questi il sangue.

Dal corion dell'ovicino, nel quale si vede in un punto l'accenno ad una formazione embrionale, partono — specie diretti ai lati e verso la musculare — villi sottilissimi che si abbarbicano alla parte più vicina della mucosa. I villi hanno un semplice rivestimento epiteliale. Per la fine struttura, per i rapporti dei villi tra di loro e colla mucosa uterina, come per le particolarità che qui si rilevano rispetto alla riflessa, all'epitelio delle ghiandole, al modo di comportarsi dei vasi — il preparato non deve considerarsi, afferma Leopold, assolutamente come patologico — è questa osservazione assai importante.

In base allo studio di diverse placente inestate al 4.°, al 5.° mese di gravidanza, ha potuto ritornare ancora sulla circolazione sanguigna placentare. È risultato a Leopold, da queste osservazioni, che ogni cotiledone possiede una propria circolazione limitata da setti che con un processo speciale, eliminando dalla placenta tutta la parte spugnosa, potè perfettamente isolare.

Nella 2.ª parte delle sue comunicazioni importanti espose Leopold alcune ricerche istituite nel carcinoma.

Egli fece costrurre un microscopio speciale, di cui presenta la fotografia, per mezzo del quale potè mantenere ad una temperatura costante per molti giorni i preparati microscopici durante l'osservazione. Specialmente si servì di carcinomi ovarici per i suoi studii. Nei preparati fatti non si ebbe fino al 54.° giorno d'osservazione lo sviluppo di cocchi. Non crede perciò erronea l'interpretazione da lui data ai preparati. Il materiale di studio fu utilizzato con tutte le norme le più scrupolose ad impedire che gli elementi osservati venissero inquinati e che il risultato dell'esame diminuisse della sua importanza.

Potè coll'uso di un tale microscopio e con norme speciali assistere al ciclo di alcuni elementi ai quali non è lontano d'ammettere forse una grande importanza nello studio dello sviluppo del carcinoma. Si vedono nei preparati degli elementi lunghi due μ larghi $^1/_2$ μ trasparenti i quali ulteriormente subiscono speciali modificazioni. Si formano anzitutto da un lato e dall'altro dell'elemento primitivo allungato due intaccature che a poco a poco si approfondiscono fino a dar luogo ad un certo momento alla separazione di piccole masse speciali. Queste si dispongono le une vicine alle altre come in modo radiato. Ciascuna di queste piccole sfere poi si intorbida riempiendosi di granulazioni. Intorbidatosi tale elemento figlio, perde successivamente il suo aspetto in un punto alla periferia dove si forma un sollevamento, una gemma. In questo sollevamento trovansi dei corpiccioli assai piccoli che escono a un certo momento lasciando dei vacuoli nel corpo sferico nel quale si erano originati (V. fig. 7).

Le osservazioni del ciclo di sviluppo di tali elementi, sui quali del resto il prof. Leopold si esprime in modo assai riservato, furono fatte dal Leopold stesso in un periodo di 23 giorni. I reperti furono controllati anche dagli assistenti della sua Clinica. (Vedasi anche un lavoro di Rosenthal negli *Archiv für Gyn.).*

Discussione.

Bumm si congratula con Leopold vivamente per le osservazioni fatte sull'anatomia e sullo sviluppo della placenta. Data l'età della gravidanza egli dice che avrebbe dovuto trovarsi, ammettendo con Leopold esclusa la possibilità di un caso patologico, anche l'embrione. La lunghezza d'altra parte delle ghiandole e lo sviluppo di esse non lasciano persuasi non si avesse concomitante un'endometrite tanto frequente, come è noto, nei casi di carcinoma. Da questo punto di vista crede che in modo assoluto non si possa pensare ad una gravidanza, nel suo inizio, perfettamente normale.

Anche *O. Herrf* fà la stessa osservazione non escludendo possa aver avuto, nel caso speciale, una certa influenza, un'alterazione dell'endometrio.

Hofmier. Nella Clinica di Würzburg, da lui diretta, ebbe non da molto tempo l'opportunità di studiare un caso interessantissimo di questo genere.

Leopold risponde insistendo che le condizioni dell'endometrio nel suo caso dovevano essere affatto normali. Può essere infatti la mucosa anche tre volte più grossa della norma senza che per questo sia in atto un'endometrite.

H. W. FREUND jun. (Strasburgo). — Sei casi di mastite.

Questi furono dall'A. osservati a brevissimo intervallo (nello spazio di 17 giorni) con intensità più o meno grande, con rialzi notevoli di temperatura, con brividi, con accessi convulsivi. Le 6 donne, che così ammalarono e che guarirono dopo opportuna cura chirurgica, trovavansi nella medesima sala dell'Istituto ostetrico per le levatrici della città.

L'esame bacteriologico diede i seguenti risultati: nel pus di una delle pazienti, che fu raccolto da un ascesso mammario sviluppatosi, si trovarono lo stafilococco piogeno aureo e un fungo, il micrococcus tetragonus. Quest'ultimo si sviluppa insieme con altri funghi nelle malattie della bocca e fu dimostrato anche da Monnier come capace di produrre una mastite. Si potè stabilire da indagini istituite che un bambino portato nell'Istituto era ammalato di una stomatite aftosa.

Il bambino aveva succhiato il latte da una donna che aveva così infettato. Dopo 10 ore dall'allattamento si era appunto avuto l'esplosione della grave forma purulenta. Otto giorni dopo, nella bocca di questo lattante, trovavasi ancor materiale infettante. Col leptotrix furono trovati streptococchi e specialmente lo stafilococco piogeno albo. Un topo iniettato morì dopo due giorni. Negli organi di esso si trovò lo stafilococco piogeno albo isolato. Lo stesso microrganismo fu dimostrato nel pus di tutti gli altri casi specie nel pus estratto colla puntura.

Colle colture ottenute con questo pus si ebbe la morte di un altro topo dopo 5 giorni. Una delle puerpere aveva infettato poi altre tre donne. Mancano dati per ammettere un contatto qui diretto. Quattro delle puerpere infettarono poi i loro bambini che furono colpiti in modo secondario pure da afte. Gli stafilococchi

sono penetrati in tutti i casi in cui la pelle era integra, nei condotti di secrezione ghiandolare producendo una mastite flemmonosa che iniziatosi dalla cute si diffuse a poco a poco in tutti i tessuti della mammella. Freund H. adoperò come mezzo profilattico solo il sublimato corrosivo in soluzioni al 5 - 2 ‰ che fin qui diede a lui buoni risultati nel far abortire delle infiammazioni mammarie iniziali.

Dott. A. MACKENRODT (Berlin). — Della vescico-fissazione vaginale.

Per riguardo ai concetti direttivi nella cura della retroflessione uterina mobile non esiste punto accordo tra i ginecologi. Alcuni negano che la retroflessione si accompagni a disturbi e non credono per ciò necessaria una cura atta a togliere lo spostamento. Altri sono perfettamente di parere opposto ed altri ancora danno solo importanza alle complicazioni che alla retroflessione si accompagnano.

Le maggiori difficoltà sono relative alla necessità dell'operazione, al momento in cui l'operazione si deve fare e alla scelta del metodo. Vi sono ginecologi che non fanno in tali casi operazioni e si limitano, se esistono emorragie, al raschiamento della mucosa dell'utero retroflesso. Altri solo nei casi in cui l'utero è fisso operano e credono giustificata anche la laparotomia. Molti credono che l'operazione è permessa solo nei casi in cui non abbia raggiunto lo scopo l'applicazione di un pessario. Non pochi non ammettono l'operazione nelle retroflessioni verginali, ed infine altri ancora lasciano all'ammalata di decidere limitandosi solo alla scelta del metodo.

I sintomi della retroflessione si possono dividere in tre gruppi: primarî, secondarî e terzarî. I primi sono di natura puramente meccanica, sono l'immediata conseguenza della retroflessione e si manifestano con disturbi relativi alla vescica ed al retto intestino, con compressione sulle ovaia prolassate. I secondarî sono dovuti all'iperemia passiva dell'utero e degli annessi, conseguente al restringimento dei vasi nei legamenti ruotati all'indietro (tumefazione edematosa dell'utero e dell'endometrio con menorragia, dismenorrea e frequentemente con sterilità, dolori o neurosi riflessa). I terziarî si riassumono nei processi infiammatorî cronici (metro-endometrite cronica, erosioni, catarro, perdite, emorragie) conseguenti all'iperemia passiva del 2.° stadio e in diretta relazione con essa.

A questi si aggiunge l'influenza dannosa che possono determinare i microorganismi che solo difficilmente possono penetrare nell'utero sano, mentre facilmente s'annidano nell'utero ammalato. Nel maggior numero delle retroflessioni si hanno solo i sintomi meccanici e quelli da stasi. In questi casi, quando non esistano controindicazioni, si può applicare un pessario e togliere in tal modo i disturbi che prima si avevano.

Nel terzo stadio raramente il pessario è utile, anzi molte volte non è tollerato e aumenta i disturbi locali. Se si mantiene per forza applicato, pur correggendo

la retroflessione, aggrava i sintomi infiammatorî, aumenta il catarro e rende necessaria una cura ulteriore delle manifestazioni nuove. In quest' ultimo stadio deve stare in prima linea la cura operativa della retroflessione.

Le indicazioni, secondo M., curative nella retroflessione mobile uterina si riassumono nei seguenti dati:

1) Le retroflessioni senza disturbi non richiedono cura alcuna fino a che non siano accompagnate da sterilità.

2) Le retroflessioni con sintomi primitivi e secondarî sono da curare col pessario. Se le ammalate preferiscono una cura operativa non possiamo opporci alla loro volontà.

3) Le anomalie, con restringimento della vagina, un utero ingrossato per la presenza di tumori, le complicazioni endo-addominali e le aderenze esistenti controindicano l'uso del pessario.

4) La retroflessione con sintomi terziari meglio si cura in modo operativo.

5) Le retroflessioni accompagnantesi a prolasso sono meglio curate con atti operativi.

Il trattamento operativo non solo nei casi di utero fisso, ma anche nei casi di retroflessione un po' mobile, è un fattore necessario e non trascurabile nella cura. L'indicazione di questo è giustificata perfettamente dai sintomi obbiettivi e subbiettivi.

Tra tutti i metodi proposti nei casi di retroflessione fissa, merita d'essere consigliata la ventrofissazione secondo la proposta di Olshausen. Quando invece la retroflessione è mobile è preferibile il metodo vaginale, permettendo solo questo di rispondere alle diverse indicazioni nel modo il più semplice. Questo ci dà campo in una seduta di togliere le complicazioni vaginali e la retroflessione uterina.

Dopo che la vagino-fissazione, esperimentata in molti casi, si è dimostrata non in tutto vantaggiosa, usò M. la vescico-fissazione. Egli seguì tale procedimento *31* volte in casi di retroflessione e prolasso, 17 volte in retroflessioni mobili (7 casi donne vergini), 10 volte in retroflessioni un po' fisse. Operò quindi così 58 donne senza avere nemmeno una recidiva. L'utero in tutti i casi rimase mobile e in posizione normale. Questa operazione conserva all' utero tutta la sua mobilità. Certamente l'operazione deve essere praticata solo dai ginecologi.

(Il lavoro apparirà nella *Berliner Klin. Wochenschrift*).

Discussione.

A. W. Freund sen. (Strassburg). Prende occasione per esprimere il parer suo riguardo alle numerose operazioni ginecologiche che si fanno oggi. Solo nei casi in cui le indicazioni sono ben definite e precise si deve operare. Ammettendo anche la divisione sintomatica di M., non crede egli che tutte le retroflessioni accompagnate da sintomi infiammatori siano da operare. Nota poi che importante è la distinzione tra le retroflessioni congenite e le acquisite. Egli crede che molte delle

nuove operazioni introdotte in ginecologia in questi ultimi giorni non valgano certo a rafforzare il concetto in cui è tenuta la ginecologia tedesca.

P. Müller (Berna). Egli crede che non debbasi senz'altro respingere per principio una nuova operazione. Si possono senza dubbio invece discutere la frequenza esagerata delle operazioni per parte d'alcuni e le indicazioni non sempre assolute. Egli a proposito della vaginofissazione ad es. ricorda che alcune operazioni come le applicazioni di forcipe, l'ovariotomia ecc. dapprima furono giudicate un po' severamente e poi riabilitate.

Mackenrodt risponde che non crede dirette al suo indirizzo le osservazioni di Freund ed espone ancora i concetti direttivi della vescico-fissazione nei casi di utero mobile retroflesso.

Prof. *Ahlfeld* (Margburg) presenta una nuova busta per le levatrici da lui fatta costruire per le sue allieve di Margburg.

Nella busta trovasi un piccolo recipiente di latta con piedi mobili e con lampada a spirito per la bollitura degli istrumenti necessarî all'assistenza di un parto e una quantità sufficiente di alcool per la disinfezione delle mani, ammettendo l'A. che tale disinfezione è la più rapida e nello stesso tempo la più sicura.

La busta, nella quale nulla manca di ciò che può essere necessario alla levatrice per l'esercizio pratico, è non voluminosa, facilmente portatile e a buon mercato (venne costrutta da Holzhauer di Margburg).

(Continua).

12.° CONGRESSO INTERNAZIONALE DI MEDICINA

Mosca, 7 (19)-14 (26) Agosto 1897

Sezione d'Ostetricia e di Ginecologia

OSTETRICIA (Temi del Programma ufficiale).

I. **Della sinfisiotomia.** — Comunicazioni: 1. Prof. *Pinard,* Parigi — 2. Professor *Varnier,* Parigi — 3. Prof. *Zweifel,* Lipzia.

II. **Dell'esplorazione esterna.** — Comunicazioni: 1. Prof. *Leopold,* Dresda — 2. Prof. *Hennig,* Lipzia — Prof. *Varnier,* Parigi.

III. **Della sieroterapia applicata alla setticemia puerperale.** — Comunicazioni: 1. Prof. *Bar,* Parigi — Prof. *Pinard,* Parigi.

IV. **Dei rapporti fra l'infezione blenorragica e le malattie puerperali.** — Comunicazioni: 1. Prof. *Fritsch,* Bonn — 2. Prof. *Leopold,* Dresda — 3. Professor *Sänger,* Lipzia.

GINECOLOGIA (Temi del Programma ufficiale).

I. **Della colpotomia nei casi d'infiammazione degli annessi, degli spostamenti e delle neoplasie dell'utero.** — Comunicazioni: 1. Prof. *Candela,* Valenza — 2. Prof. *Doyen,* Reims — 3. Prof. *Dührssen,* Berlino — 4. Prof. *Martin,* Berlino.

II. **Della blenorragia e suo trattamento presso le donne non gravide.** — Comunicazioni: 1. Prof. *Sänger,* Lipzia — 2. Prof. *E. Truzzi,* Parma.

III. **Del trattamento chirurg. della peritonite.** — Comunic.: 1. Prof. *Martin*, Berlino — 2. Prof. *L. Tait*, Birmingham — 3. Prof. *Wincker*, München.

IV. **Il valore comparato dei metodi operativi nel trattamento del cancro dell'utero, considerati come mezzi per prevenire le recidive.** — Comunicazioni: 1. Prof. *Sänger*, Lipsia — 2. Prof. *L. Tait*, Birmingham — 3. Prof. *Winter*, Berlino.

Comunicazioni su altri argomenti.

1. Prof. *A. Clarke*, Boston. « Del trattamento radicale dei fibromiomi uterini. » — 2. Prof. *Doyen*, Reims. « Dell'estirpazione totale dell' utero. » — 3. Professori *Pinard* e *Varnier*, Parigi, faranno seguire alle loro comunicazioni sulla sinfisiotomia *a*) una dimostrazione delle differenti forme dei bacini patologici, raccolti all'autopsia dei casi di sinfisiotomia; *b*) d'accennare alla questione dell'applicazione dei raggi X alla pelviografia; *c*) di far vedere, se il tempo lo permetterà, delle fotografie in grandezza naturale, delle preparazioni congelate anatomo-patologiche. — 4. Professor *Winckel*, München. Preparazioni. — 5. Prof. *Snéguirew*, Mosca. « Della vaporizzazione. »

I Sigg. Medici Italiani i quali vogliono prender parte al Congresso devono far pervenire al Comitato Esecutivo o al Comitato Nazionale Italiano le indicazioni seguenti:

I titoli delle comunicazioni da farsi al Congresso devono pervenire alla Segreteria del Comitato Centrale sia direttamente o indirettamente pel tramite del Comitato Regionale non oltre il 25 Maggio corrente.

La quota d'inscrizione al Congresso è di L. 25 (10 rubli), le quali possono essere mandate al tesoriere del Congresso mediante *chèque* su Casa Bancaria (*Crédit Lyonnais*) o rimesse alla Segreteria del Comitato Centrale Roma, sia direttamente (in oro) sia mediante vaglia postale coll'aggiunta delle spese di cambio. Il versamento è necessario per avere le carte di Membro del Congresso.

Ribassi ferrovie italiane: Per un percorso di 100 Km., 30 % — di 101-200 Km., 35 % — di 201-300 Km., 40 % — di 301-400 Km., 45 % — di 401 e più Km., 50 %.

Navigazione Generale Italiana (Florio-Rubattino) 30 % e per la linea Costantinopoli-Odessa 50 %.

Ribassi ferrovie Austriache: riduzione non ancora fissata. — Ferrovie Ungheresi: utilizzazione della 1.ª classe con un biglietto di 2.ª, della 2.ª con un biglietto di 3.ª e della 3.ª con un mezzo biglietto di 2.ª. — Ferrovie Russe: Viaggio gratuito.

Le facilitazioni sulle ferrovie Italiane hanno per il tempo la durata di giorni 60.

Nota. — Per qualunque comunicazione e richiesta rivolgersi al Segretario del Comitato Nazionale Ital., Prof. **Ezio Sciamanna**, *R. Clinica psichiatrica, Roma.*

ERRATA-CORRIGE.

A pag. 222, linea 4 — 17 volte, si legga: 7 volte,
» » 368 a piè di pag. la nota (2) deve leggersi prima della (1).

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIX. Giugno 1897. Num. 6.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

13 JUL 97

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Pavia

diretto dal Prof. L. Mangiagalli

LA DIAGNOSI DI SEDE DELL'INSERZIONE PLACENTARE

PEL

Dott. ENRICO TRIDONDANI

Assistente.

Lo stabilire su donna gravida o partoriente la regione della superficie interna dell'utero, su cui prende impianto la placenta, è cosa, che dal punto di vista della comune pratica medica ed ostetrica, ha interesse sopratutto pel caso che essa fosse inserta sul segmento inferiore dell'utero ed in corrispondenza dell'orificio uterino interno, fatto, che va comunemente sotto il nome di placenta previa, e che è accompagnato da quegli accidenti temibili, da quei pericoli gravi, che tutti conoscono. Ma in tale caso la diagnosi non offre difficoltà. Anche a prescindere dai dati stessi dell'esame obbiettivo, il sintomo capitale con cui si manifesta questa anomala inserzione placentare, e che ognuno sa consistere in una imponente emorragia, è tale per la sua intensità, pel tempo e per il modo speciale di comparire e di decorrere, che con quasi assoluta certezza possiamo, anche soltanto in base ad esso, riconoscere una tale anormale condizione di cose. Del resto la esplorazione fa poi riconoscere la cosa in modo non dubbio: poichè il dito esploratore sente il tessuto placentare o direttamente attraverso l'orificio uterino già per un certo grado dilatato, ovvero indirettamente attraverso il segmento inferiore assottigliato, su cui la placenta si inserisce.

Ma si è voluto andare più in là. L'inserzione previa della placenta è una evenienza relativamente assai rara: secondo le moderne stati-

stiche, essa si avrebbe nella proporzione di 1 : 1400. Posto dunque che nella grandissima maggioranza dei casi essa si trova inserta nel segmento superiore del corpo uterino, si è voluto cercare di stabilire in quale punto di questa regione avesse luogo questo impianto. Sebbene l'importanza di una tale diagnosi sia di gran lunga inferiore a quella di placenta inserta sul segmento inferiore, pure non è priva essa pure di valore pratico, ed ecco alcuni dei principali vantaggi che noi possiamo ritrarne.

Nello eseguire il taglio cesareo è noto che l'operazione riesce più agevole e più al sicuro da emorragie se si ha la fortuna di non cadere, colla incisione dell'utero, sopra la placenta. È evidente quindi che, dato che si possa previamente stabilire su quale regione della superficie uterina la placenta si trovi inserta, si potrà, nel praticare la incisione cesarea, scegliere un punto anzichè un altro della parete uterina, allo scopo di evitare di cadere col taglio sul tessuto placentare. Con ciò riesce più facile e spedita l'estrazione del feto, e si evita una eccessiva effusione di sangue, che, a placenta incisa colla parete uterina, ingombrerebbe già da principio il campo operativo, e potrebbe da sola, e già da principio, per la sua copia, mettere in pericolo di vita la paziente.

Il conoscere la regione d'impianto della placenta è cosa vantaggiosa anche nella provocazione del parto prematuro. Qualora per questo atto operativo si volesse scegliere il metodo di Krause, dell'introduzione cioè di una candeletta fra le membrane e la superficie uterina, (ed è questo il metodo a cui comunemente si ricorre oggidì, perchè degli altri più semplice ed efficace), non è cosa indifferente il sapere dove sia inserta la placenta, allo scopo di evitarla nella introduzione della candeletta. Vero è che abitualmente questa, per la sua pieghevolezza e flessibilità, ove incontri l'inserzione della placenta, si ripiega e scivola all'intorno senza ledere i rapporti tra essa e l'utero: pure, qualora essa avesse una certa rigidità e fosse spinta in alto con una certa violenza, potrebbe certamente produrre distacco della placenta dall'utero e determinare così emorragia, che non sarebbe tanto pericolosa per sè, quanto perchè l'effusione di sangue aumentando, può far staccare una porzione assai ampia di placenta, interrompendo quindi la continuità del circolo interutero-placentare ed occasionare così la morte del feto per asfissia endouterina. Stabilito che la pla-

centa fosse inserta in un dato punto della parete uterina, la si potrà naturalmente evitare introducendo la candeletta dal lato opposto.

L'inserzione della placenta sul segmento superiore dell'utero non è poi ugualmente favorevole in tutti i suoi punti: così è provato che l'inserzione in corrispondenza degli angoli tubarici porta un secondamento assai difficile ed accompagnato da emorragie. Secondo Scanzoni (1) si dovrebbe ciò alla muscolatura meno sviluppata in tali regioni, che non permette un distacco regolare della placenta. La difficoltà del secondamento e la facilità colla quale si hanno emorragie e ritenzione di annessi, allorquando la placenta è inserta agli angoli tubarici, fu messa in evidenza recentemente da Bayer (2) e da Palm (3), che osservarono altresì come la placenta sia molto sovente marginata allorquando è inserta in queste regioni dell' utero. Orbene, il constatare previamente una tale singolare ubicazione potrà metterci in guardia contro gli accidenti che potranno accompagnare il secondamento.

Un' altra evenienza, infine, in cui può tornare opportuno il conoscere il sito d' impianto della placenta, è questa. L' ostetrico può trovarsi di fronte al caso di dover scegliere fra una sinfisiotomia ed un taglio cesareo. A feto vivo ed a pelvi viziata in grado non molto avanzato, si presenta non di rado questo dilemma all' ostetrico, cosicchè questi va spesso in traccia di una circostanza, di un movente qualsiasi che lo faccia propendere per l'uno o per l'altro di questi modi d' intervento operativo. Orbene una circostanza, che potrà determinarlo a scegliere la sinfisiotomia invece del taglio cesareo, sarebbe il conoscere che la placenta è impiantata sulla faccia anteriore dell' utero. L' incisione cesarea, che di norma si pratica sulla parete anteriore dell'organo, colpendo il tessuto placentare, offrirebbe quegli inconvenienti a cui abbiamo poc'anzi accennato: ed ecco, come in vista di questi, l'ostetrico potrà decidersi per la sinfisiotomia anzichè per l'operazione cesarea.

Non è oggidì soltanto che si è cercato di raccogliere dei dati che permettessero di stabilire sulla donna vivente la sede della placenta.

---

(1) Scanzoni. « Lehrbuch der Geburtshülfe, » 1867, vol. II, pag. 290

(2) Bayer. « Zur physiologischen und pathologischen Morphologie der Gebärmutter, » 1885.

(3) R. Palm. « Ueber die Diagnose des Placentarsitzes in der Schwangerschaft und die Bezieh. der Plac. marg. zur Tubenecke. » *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, XXV Bd., 1896.

Uno dei primi metodi era quello che si basava sul rumore di soffio, isocrono al polso materno, che si ode ascoltando l'addome della gravida. Questo soffio, che oggidì è detto *uterino*, perchè è dimostrato che si ingenera nei vasi materni, ebbe per molto tempo il nome di soffio placentare: tal nome gli venne da Hohl (1) che lo credeva dovuto al passaggio del sangue arterioso nei seni venosi della placenta: ed anche il Pastorello (2) era proclive ad attribuirlo alla circolazione della placenta. Perciò là dove più intenso si sentiva questo rumore di soffio, si diceva esistere la placenta. Tale erroneo mezzo diagnostico ebbe credito fino a non molti anni fa, tanto che lo stesso Balocchi (3) nella 4.ª edizione del suo trattato vi accorda ancora un certo valore, ed ancora in certi trattati non del tutto recenti, si conserva a questo rumore il nome di soffio placentare.

Il Velpeau (4) accenna nel suo trattato a un metodo su cui avrebbero insistito sopratutto il Godron e lo Stoltz, basato su un rapporto che questi autori ritenevano costante fra l'inserzione della placenta e la direzione del piano anteriore del feto. Tale rapporto è negato recisamente da Velpeau: il Franckenhäuser invece lo ammetteva, ma in un senso molto più largo, dicendo ch'essa s'inserisce per lo più al lato opposto della posizione tenuta dal feto.

Di alta importanza sono, per la questione di cui noi ci occupiamo, le osservazioni di Levret (5) sulla posizione e sulla forma che l'utero gravido assume a seconda della regione di esso su cui la placenta prende punto d'impianto, osservazioni su cui ritorneremo più innanzi, perchè, confermate in gran parte da recenti indagini, portano un contributo non indifferente alla diagnosi di sede della placenta. È singolare come il Baudelocque (6) negasse ogni valore a queste osservazioni di Levret, e dichiarasse che prima del parto niun segno esterno poteva farci conoscere con sicurezza il luogo che occupa la placenta: e che il dito non poteva farcelo scoprire se non allorchè essa fosse sul

---

(1) Hohl. « Geburtshülfe Explor., » 1883.

(2) Pastorello. « Trattato di ostetricia, » tom. I, pag. 115.

(3) Balocchi. « Ostetricia, » IV ediz., pag. 175.

(4) Velpeau. « Trattato di ostetricia, » 1835, lib. IV, cap. I.

(5) Levret. « Art des accouchements, » § 279. — Idem. « Suite des observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux, » 1770, 4e édit.

(6) Baudelocque. « Dell'arte ostetrica, » § 494.

collo dell'utero o assolutamente nelle vicinanze. Egli soggiunge che è facile giudicarne dopo l'uscita del feto seguendo il cordone fin sopra l'orificio, ed osservando se esso discende dalla parte anteriore, dalla parte posteriore, oppure da uno dei lati dell'utero.

Un altro rapporto, che fu poi negato dalle successive osservazioni, è quello che il Bertrandi (1) affermava esistere fra l'inserzione del cordone ombellicale sulla placenta e di questa sull'utero, dicendo che a cordone inserto nel mezzo della placenta, questa suol essere attaccata al fondo dell'utero; e quando esso è invece inserto verso il margine della placenta, questa allora trovasi inserta all'una o all'altra faccia, se non ad uno dei lati dell'utero.

Ma questi metodi di diagnosi retrospettiva non hanno alcun valore pratico: e sono pure tali quelli di Carmichael (2) e di Homburger (3) a cui accenna il Palm nel citato lavoro. Ciò che importa è di conoscere la sede della placenta prima del parto. In casi di taglio cesareo l'Halbertsma (4) consigliava a questo scopo, di praticare, e praticava, una puntura esplorativa immediatamente prima dell'incisione. Herbert Spencer (5) riuscì in due casi a diagnosticare la situazione della placenta sentendola colla palpazione addominale sotto forma di una massa spugnosa a distinto contorno posta a ridosso del corpo del feto.

È noto il caso di Philip, che, dovendo eseguire un taglio cesareo, fece di tutto, colla palpazione e coll'ascoltazione, per stabilire la regione d'impianto della placenta, finchè non avendola potuta sentire in alcun modo, ammise che almeno non doveva essa trovarsi sulla parete anteriore dell'utero; ed invece fatta l'incisione di questa, giunse per l'appunto col taglio sul mezzo della placenta, ciò che gli fece proclamare essere impossibile la diagnosi della posizione della placenta colla palpazione addominale.

In questi ultimi anni un nuovo elemento si è invocato per la dia-

---

(1) Bertrandi. « Arte ostetrica, » tom. VIII, p. 46.

(2) Carmichael. « Ueber die Lage der Placenta in der Gebärmutter etc. » *Dublin Journal*, citato negli *Schmidt's Jahrbücher*, Bd. 29, S. 56.

(3) Homburger. « Die nachträgliche Diagnose der Lagerung des Eies in Uterus aus den ausgestossenen Nachgeburtstheilen, » 1885.

(4) Halbertsma. *Berl. Beitrage*, Bd. I.

(5) H. Spencer. « The diagnosis of the situation of the placenta by palpation of the abdomen. » *Transact. of the obstetric, Societé of London*, vol. XXXI, pag. 203.

gnosi della sede della placenta, e lo si è trovato nei rapporti vari che assumono in gravidanza coll'utero gli annessi del medesimo. Sopratutto importanti, da questo punto di vista, furono trovati i rapporti che hanno coll'utero le tube falloppiane e i legamenti rotondi.

In una serie non breve di tagli cesarei, che il Leopold eseguì dall'anno 1883, ebbe occasione di constatare che esiste un rapporto quasi costante tra il decorso delle tube e il punto d'impianto della placenta, e precisamente esso consiste in ciò che se le tube decorrono convergenti sulla parete anteriore dell'utero, la placenta si trova all'indietro, se esse invece decorrono sui lati dell'utero e piuttosto parallele al lungo asse del corpo, la placenta risiede in avanti. Tale coincidenza quasi costante, suggerì a Leopold la diagnosi di sede della placenta fatta prima del taglio cesareo colla palpazione delle tube attraverso l'addome e colla ispezione di esse una volta inciso questo; ed ebbe veramente a lodarsi di questo metodo diagnostico per la quasi costante coincidenza di tali fatti.

Queste osservazioni, sulle quali egli fonda tale metodo di ricerca, il Leopold raccolse e pubblicò, qualche anno fa tra i lavori della Clinica ostetrica di Dresda (1) esponendo la serie dei tagli cesarei in essa compiuti dal 1883, nei quali il detto artificio onde conoscere previamente il sito d'impianto della placenta gli corrispose con tanta esattezza da attribuire ad esso il valore di un vero metodo diagnostico.

Uguali osservazioni, approdanti ad uguali risultati, si facevano pressochè contemporaneamente altrove sotto la direzione di Bayer; e questi risultati furono resi di pubblica ragione in una dissertazione di Palm (2) che esperì e controllò tale metodo di diagnosi in 100 casi, di ciascuno dei quali riferisce il reperto avutosi prima e dopo il parto rispetto alla sede d'inserzione della placenta. Il Bayer anzi pare avesse concepito per proprio conto l'idea di questo metodo di diagnosi fino dal 1885, perchè in un suo lavoro comparso appunto in quell'anno (3)

---

(1) Leopold. « Die Diagnose des Placentarsitzes in der Schwangerschaft und während der Geburt. Arbeit. der Frauenkl. in Dresd., » II Band.

(2) Richard Palm. « Ueber die Diagnose des Placentarsitzes etc. » *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, XXV Band, II Heft.

(3) Bayer. « Zur Morphologie der Gebärmutter etc., » 1885, § 652.

accennava già a questo rapporto singolare fra la posizione della placenta e la posizione e il decorso delle tube falloppiane, e soggiungeva: « probabilmente ciò può far diagnosticare la sede della placenta sulla vivente. »

Tosto dopo il Leopold, deplorando che delle sue osservazioni non fosse fatto cenno nel lavoro di Palm, rivendicava a sè la priorità della scoperta del metodo: ed a proposito di queste contestazioni si ebbero delle diatribe piuttosto vivaci, le quali diedero origine a scritti polemici (che figurano nel *Centralblatt für Gynäkologie* dello scorso anno) di Leopold (1), di Bayer (2), e di Müllerheim (3) che aveva coadiuvato il Palm in questa specie di ricerche.

Pare ad ogni modo che il merito principale nella istituzione del metodo spetti al Leopold. Spetta a lui anzitutto per la priorità, perchè già ne parla nella relazione di un taglio cesareo eseguito nel 1884, e il titolo stesso lo dice: « Diagnosi stabilita antecedentemente di placenta inserta posteriormente » (4), e perchè anche negli anni successivi si accenna ad esso nei lavori della Clinica di Dresda da Korn (5) e da Buschbeck (6). Il Korn nel suo lavoro dice anzi esplicitamente: « noi cerchiamo in ogni caso coll'esame esterno di stabilire la sede della placenta dalla posizione delle tube, metodo su cui è stata chiamata l'attenzione dal Leopold. » Ne spetta ancora il merito maggiore al Leopold, perchè oltre che i suoi allievi, egli stesso lo illustrò colla non breve serie dei tagli cesarei da lui compiuti. È data appunto dall'operazione cesarea l'occasione più opportuna per controllare e valutare la bontà di un tale metodo. E d'altronde ecco con quali parole, riferendosi a lui, chiude il Bayer la questione: « il vedere che proprio un maestro della palpazione ostetrica sia venuto a risultati che s'accordano coi miei, ha rassodato la mia fiducia nel metodo » (7).

---

(1) Leopold. « Zur Diagnose des Placentarsitzes. » *Centralbl. f. Gynäk.*, 1895, N. 12.

(2) Bayer. « Bemerkungen über die Diagnose des Placentarsitzes und über Cervixverhältnisse. » *Centralbl. f. Gynäk.*, 1895.

(3) Muellerheim. « Die Diagnose des Placentarsitzes. » *Centralbl.*, N. 21, 1895.

(4) « Arbeiten aus der Königlich. Frauenklinik in Dresden, » II Band, 1884.

(5) « Arbeiten aus der Königlich. Frauenklinik in Dresden, » 1887. — « Das Kaiserschnitt und seine Stellung etc. »

(6) « Arbeiten aus der Königl. Frauenk. in Dresden, » 1893.

(7) Bayer. « Bemerkungen über die Diagnose etc. » *Centralbl. f. Gynäk.*, 1895,

***

In una serie di parti ch'io ho assistito nello scorso anno nella Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia, per invito del prof. Mangiagalli, mi proposi di vedere quanto di buono e di attendibile vi fosse in questo metodo per la diagnosi della situazione della placenta.

Stabilita, prima del parto, con una palpazione addominale accurata e più volte ripetuta, giusta le norme indicate dal Leopold e dal Bayer, la posizione di essa, la accertavo poi in modo diretto andando a sentirla colla mano introdotta nella cavità uterina immediatamente dopo l'espulsione del feto.

Ho praticato questo esame in 62 parti, e devo subito dichiarare come il giudizio emesso prima, corrispondesse in quasi tutti i casi, almeno con molta approssimazione, alla realtà, come, insomma, la diagnosi clinica corrispondesse alla diagnosi anatomica. Più innanzi riferirò tali osservazioni nei loro particolari.

Nelle lunghe ed accurate palpazioni addominali ch'io a tale scopo ho praticato durante la gravidanza ad epoche varie di essa e durante il parto nelle sue varie fasi, rendendomi conto delle condizioni dell'utero, del feto, degli annessi uterini e degli annessi fetali e dei rapporti di queste diverse parti tra di loro, ebbi poi occasione di rilevare altri fatti d'un certo interesse non solo per la questione della sede della placenta, ma anche per altre questioni collaterali di diagnosi ostetrica. Mi è sembrato opportuno di raccogliere qui e mettere in rilievo questi dati, perchè, oltrechè portare un piccolo contributo alla palpazione ostetrica, parmi possano giovare a complemento del metodo di diagnosi della situazione della placenta. Per essa infatti io tenni conto non soltanto dei rapporti delle tube coll'utero, come si fa col metodo di Leopold, ma misi a profitto tutto quello di concernente la forma e la direzione dell'utero, il corpo del feto e gli annessi uterini, che potesse costituire un elemento giovevole allo scopo propostomi.

Segni da parte dell'utero. — Grande considerazione merita anzitutto la *forma* dell'utero; e ciò è tanto vero che fino da tempi antichi di essa si tenne conto in questa indagine diagnostica. Chi per primo

insistette su di essa fu il Levret (1), secondo cui l'utero sporgerebbe di più verso quel lato dove si trova inserta la placenta, cosa che il Baudelocque negava dicendo che in niun caso questa massa cambia nè la figura dell'utero nè la forma esterna del ventre.

L'Hergott (2) nel 1839 richiamava l'attenzione su una forma bifida del fondo dell'utero in certi casi, dovuta alla sporgenza che fa da un lato l'estremo fetale, e dall'altro l'estremo della placenta. Il Barnes (3) riferì, or sono già alcuni anni, l'osservazione da lui fatta che se la placenta è inserta sulla parete anteriore dell'utero, questa offresi come ingrossata e formante quasi una sporgenza sferoidea che protrude in avanti, e che corrisponde alla massa placentare.

Nel lavoro citato di Palm trovansi figurati cinque tipi diversi di forma dell' utero, corrispondenti appunto a diversi punti d' impianto che su di esso prende la placenta.

Non è difficile comprendere come possa la forma dell' utero modificarsi variamente, a seconda del punto d' impianto della placenta, quando si pensi che le pareti uterine in gravidanza, al dire di Vinay (4), sono soffici, si lasciano facilmente distendere e si adattano in certo modo alle parti tra esse contenute, e subiscono dei cangiamenti di forma in rapporto colla configurazione di esse. Un tale adattamento poi è tanto più spiccato in quanto che le pareti dell'utero in gravidanza, oltrechè farsi pastose e molliccie, si assottigliano anche (vedremo fra non molto in qual modo) e si assottigliano sopratutto in corrispondenza del punto d' impianto della placenta. Anche di questo si parlerà più innanzi.

Che la forma dell'utero si adatti a quella del contenuto, lo dimostra la forma sferoidea che esso ha al 3.° mese di gravidanza, quando tale forma ha appunto l' uovo e pochissimo sviluppata è la placenta, e lo dimostra la forma ovoidea che ha invece negli ultimi mesi, quando la placenta ha omai raggiunto il suo completo sviluppo e il feto si mette decisamente in situazione longitudinale.

Per questa adattabilità adunque della parete dell' utero gravido,

---

(1) Levret. « Art des accouchements, » III ediz., § 633-634.

(2) Hergott. « Essai sur les différentes variétés de forme de la matrice. » Strasburg, 1839.

(3) « Transaction of the obstetrical society of London, » vol. XXXI, pag. 203.

(4) Vinay. « Maladies de la grossesse. » Paris, 1894, pag. 11.

deve la placenta necessariamente farla sporgere là dove essa si impianta, costituendo essa una massa non indifferente, una massa almeno che ha sempre uno spessore maggiore di quello della parete uterina su cui si inserisce. L'osservazione già fatta tempi addietro da taluni (1), che il segmento superiore dell'utero si sviluppa maggiormente colla sua parete posteriore che coll'anteriore, può precisamente trovare la sua spiegazione in ciò che è appunto la parete posteriore la sede più frequente della placenta.

E il Duncan, or è già qualche tempo, nel praticare una operazione Porro, vide notevolmente sporgere la parete anteriore dell'utero, su cui trovò poi inserta la placenta.

Ecco quanto mi risulterebbe dalle mie osservazioni pel rapporto fra la forma dell'utero e la sede d'impianto della placenta. Quella è sempre ora più ora meno sensibilmente influenzata da questa. Essa vi influisce in modo da fare espandere, da rigonfiare per così dire, la parete che le offre punto d'attacco. Nelle pluripare sopratutto, nelle quali, per la cedevolezza dei tessuti, l'utero possiede in grado massimo questa adattabilità al proprio contenuto, tale influenza è più manifesta. La cosa è poi più manifesta quando l'inserzione ha luogo sulla parete anteriore; ciò perchè tale regione è assai meglio accessibile alla palpazione, perchè vi è in giuoco qui anche la gravità, guardando tale regione in avanti ed in basso, e forse anche perchè la parete anteriore è anche abitualmente più sottile e perciò più distensibile della parete posteriore (Scanzoni). Per modo che quando si constati che la parete anteriore è piuttosto pianeggiante, si può con quasi certezza credere che la placenta sia inserta posteriormente. Inoltre più sporgente viene ad essere la parete che dà impianto ad essa allorquando è rivolto direttamente contro di essa il dorso del feto. Questo reperto si spiega di leggeri pensando come in tal caso la massa placentare interposta fra due superficî liscie, farà sporgere la più cedevole di esse: tale fatto è appunto più evidente in travaglio, a membrane rotte, quando non esistono acque amniotiche fra il dorso del feto e la placenta, ed ha precisamente luogo la compressione di questa fra quello e la parete uterina.

---

(1) Depaul. « Leçons de clinique obstétricale. » Paris, 1872. — Joulin. « Traité compl. des accouch. » Paris, 1867. — Vinay. « Traité des maladies de la grossesse. » Paris, 1894.

Per quanto concerne il designare nei singoli casi il punto d'attacco della placenta in base alla forma dell'utero, avrei trovato, anche sulla scorta delle mie osservazioni, corrispondere sufficientemente i cinque tipi che il Palm descrive nel citato suo lavoro, dei quali i fondamentali sono tre: 1.° utero di forma piuttosto ovoidea e simmetrica — placenta inserta nelle parti basse; 2.° utero di forma tendente alla sferica — placenta inserta nelle parti alte; 3.° utero asimmetrico col fondo ampliato e sporgente fortemente verso un lato — placenta inserta verso un angolo tubarico. Sono poi i rapporti diversi delle tube e dei legamenti rotondi, che, come fra poco vedremo, indicano se la placenta si trova anteriormente o posteriormente.

Mi avvenne, in un caso, di sentire, colla palpazione, bifido il fondo dell'utero, ma bifido in senso antero-posteriore: la sporgenza anteriore, molliccia, era dovuta alla placenta, e la sporgenza posteriore, più consistente, era dovuta ad uno degli estremi dell'ovoide fetale. E mi avvenne pure in qualche caso di sentire la parete anteriore come attraversata per un certo tratto da una solcatura che con ogni probabilità corrispondeva alla linea di confine della placenta ivi inserta.

A fondo uterino molto arcuato e convesso, e sopratutto poi se palpandolo si avverte una consistenza prevalentemente molliccia, si ha ragione di credere che su di esso prende attacco la placenta.

In un preparato a secco del Museo della Clinica ostetrica di Pavia, dimostrante l'inserzione previa della placenta, il segmento superiore dell'utero, che da essa non è invaso menomamente, offre una forma piuttosto triangolare (quella quindi che gli è propria fuori di gravidanza) e il fondo dell'organo è notevolmente pianeggiante.

Parmi, da tutto ciò, che alla forma dell'utero debbasi dal nostro punto di vista, attribuire un alto valore, nella gravidanza non solo, ma anche durante il travaglio, potendo essa, durante questo, offrire delle note più spiccate e caratteristiche.

Lo spessore e la consistenza delle pareti dell'utero gravido offrono una grande variabilità, e vi esercita influenza non lieve la presenza della placenta. Rammenteremo anzitutto che, in gravidanza, e massime nella seconda metà di essa, le pareti uterine si assottigliano, giacchè se la ipertrofia e la iperplasia ne fa aumentare considerevolmente la stoffa, tale aumento si fa a solo vantaggio della espansione dell'organo, effettuandosi questo processo di ipertrofia e di iperplasia in senso eccentrico.

L'assottigliamento ha luogo sopratutto per il sito d'inserzione della placenta: il Dubois aveva trovato avere il fondo uterino 8 millim. di spessore, 7 mill. le faccie anteriore e posteriore e 5 mill. la regione di impianto della placenta. Tale sottigliezza fa sì che attraverso di essa meglio può essere percepita la massa placentare, specialmente se immediatamente al di là di questa trovasi qualche regione dura e consistente (testa, dorso), del corpo fetale. Nel corso della gravidanza, per la consistenza molle comune al tessuto uterino ed alla massa placentare, può rendersi molto incerta la percezione di questa: così invece non è durante il travaglio, quando, per la contrazione, la parete uterina si fa rigida e dura sulla massa placentare sottostante.

La sottigliezza dunque della parete dell'utero gravido è tale che a pareti addominali di tenue spessore, il sentire, fra la mano palpante e una parte del corpo fetale ben distinta, una massa di un certo spessore, può farci credere essere questa la placenta.

Anche la *direzione* dell'utero ha un certo rapporto colla sede di questa; esso però è più apparente che reale, perchè non si può credere che la massa placentare trascini l'organo verso la parte del suo attacco, come ammettevano Levret (1), ed altri autori che vennero dopo di lui. Gli è che un giorno si dava all'obliquità dell'utero gravido una importanza maggiore di quella che si meriti: essa è piuttosto l'effetto di cause molteplici date dalle condizioni intrinseche dell'organo, dalle condizioni e dai rapporti che con esso hanno gli organi vicini, e pochissimo invece dalla sede d'impianto della placenta. Ed in fatti si tratta quasi sempre di un'obliquità dell'utero verso destra; eppure il lato destro è tutt'altro che una sede frequente d'impianto della medesima. La sporgenza che tale impianto può determinare dell'utero verso un lato può spesso far credere a un'obliquità laterale di esso, mentre questa in realtà non esiste, e può spiegare la coincidenza di tali fatti notata da Levret, e che sarebbe perciò dovuta piuttosto alla forma, che alla direzione dell'organo. Anche Millot (2), credendo inserirsi la placenta su quel lato verso il quale l'utero è deviato, raccomandava, nel taglio cesareo, di eseguire l'incisione sul lato opposto a quello dove ha luogo questa deviazione.

---

(1) Levret. « L'art des accouchements, » III ediz., § 633.

(2) Millot. « Observ. sur l'opérat. dite césar. faite avec succès. » Paris, 1799.

Segni da parte del feto. — Accennammo già a qualcuna delle condizioni da parte del corpo fetale, che possono agevolare il diagnostico di sede della placenta, quale ad es. l'essere il dorso del feto rivolto in avanti ed essere questa immediatamente al davanti di esso. È poi evidente che in quella regione dove con tutta nettezza si sentono e si palleggiano le *parti fetali*, non esiste la massa placentare.

La grande facilità con cui abitualmente si ottiene il palleggiamento esterno della testa fetale nella parte bassa dell' utero, devesi appunto non solo alla sottigliezza delle pareti del segmento inferiore, ma anche all'assenza completa di tessuto placentare sovra di esso.

Lo stesso dicasi per la palpazione sempre relativamente facile del moncone della spalla del feto pure nella parte bassa dell'utero.

Sopratutto il sentire bene distinte e direi quasi afferrabili, le piccole parti fetali, depone per una inserzione remota da quel punto dove si ottiene questa sensazione. Esse ben difficilmente potrebbero essere percepite ed individualizzate dalla mano palpante attraverso la placenta, a cagione dello spessore di questa ed a cagione della sua consistenza molliccia che smorza ed ottunde le sensazioni che eventualmente si potrebbero percepire attraverso di essa. L'incertezza poi di tale sensazione sarebbe tanto maggiore in quanto che si otterrebbe attraverso mezzi di consistenza diversa, quali il tessuto uterino, il tessuto placentare e le pareti addominali.

La *situazione* reciproca del feto e della placenta può in talune circostanze essere tale che la massa dell'uno può essere sentita isolata dalla massa dell'altra. Hichs (1) osservò appunto che la diagnosi della posizione della placenta può farsi colla palpazione se questa è da un lato e il feto dall'altro lato dell'utero.

Questo segno avrebbe importanza sopratutto se fosse vero quanto afferma il Frankenhaüser, che cioè la placenta s' inserisce quasi di regola al lato opposto della posizione tenuta dal feto.

Ricorderò a questo proposito il caso suaccennato in cui mi accadde di sentire bifido il fondo dell'utero, appunto per una netta separazione fra il corpo del feto anteriormente e la massa della placenta posteriormente; ed anche l'altro, cui ho pure accennato dianzi, in cui la

---

(1) Hichs. *Brit. Med. Journ.*, 1889, vol. I.

divisione tra di essi era manifesta per una solcatura attraversante la parete anteriore dell'utero. Rammenterò ancora l'osservazione pure fatta da Hergott (1) di bifidità del fondo dell'utero per sporgenza dell'estremo fetale da un lato e dell'estremo placentare verso il lato opposto.

I *moti attivi* del feto sentiti distintamente dalla mano palpante, e molto meglio poi se si fanno così superficialmente da essere rilevati colla vista a modo come di ondulazioni, inducono pure a credere che la placenta trovasi in regione lontana da quella dove essi si avvertono, giacchè attraverso di essa difficilmente potrebbero propagarsi queste oscillazioni.

Uguale considerazione vale per il *battito cardiaco fetale*, quando esso è così intensamente e nettamente percepito dall'orecchio ascoltante da sembrare quasi di trovarsi proprio a ridosso del cuore del feto: tanto meglio poi vale la considerazione in quei rari casi, in cui le pulsazioni cardiache fetali sono così superficiali da essere palpabili e persino visibili sulle pareti addominali.

Rispetto al battito cardiaco voglio ancora far notare quanto segue: allorquando la palpazione ed anche l'esplorazione facesse constatare una posizione del feto con dorso anteriore, il sentire il battito cardiaco di esso piuttosto profondo ed oscuro può costituire un segno indicante che la placenta è inserta anteriormente, e, posta davanti del dorso fetale, ostacola, sovratutto se di discreto spessore, la buona trasmissione del fenomeno sonoro.

Da parte dunque del corpo fetale possiamo dire che a pareti addominali provviste di piccolo pannicolo adiposo, sentita per una certa estensione ed in modo distinto, la superficie del corpo del feto, o i moti attivi, od il battito cardiaco, o meglio ancora tutti questi elementi insieme, si è autorizzati ad ammettere che la placenta risiederà al lato opposto a quello dove per buon tratto si avvertono queste particolarità.

Segni da parte delle tube. — È essenzialmente su di questi, che si fondano i metodi di Leopold e di Bayer per la diagnosi di sede della placenta. Tali segni, nel modo con cui questi autori li espongono, val-

---

(1) Hergott, loco cit.

gono sovratutto a riconoscere, se essa trovasi sulla faccia anteriore o posteriore. La diagnosi, del resto, si limita appunto comunemente a questo giudizio, giacchè per lo più l'inserzione si fa su una di queste due faccie, o anteriormente o posteriormente.

Il Gusserow (1) per ricerche fatte in 187 casi, trovò infatti l'inserzione 170 volte sulle faccie anteriore e posteriore, e solo 18 volte sulle faccie laterali.

Il rapporto adunque che Leopold e Bayer stabiliscono quasi come legge si è che quando le tube decorrono convergenti sulla parete anteriore dell'utero, la placenta sta all'indietro: se invece esse decorrono sui lati dell'utero, piuttosto parallele al lungo asse del corpo, essa si trova in avanti.

In base a tale artificio esperito in 100 casi da Palm sotto la direzione di Bayer, la diagnosi risultò errata in soli 8-9 casi. Uguale e più sicuro risultato ne ebbe il Leopold (2) nella serie di tagli cesarei in cui la diagnosi di sede della placenta, fatta prima dell'atto operativo, era poi controllata tosto dopo di esso direttamente colla vista. Più sotto ritornerò sopra questi rapporti delle tube coll'inserzione placentare.

Segni da parte dei legamenti rotondi. Poco conto è tenuto nei metodi di Leopold e di Bayer dei rapporti che hanno i legamenti rotondi. Parmi per le osservazioni da me fatte, che essi meritino maggior considerazione, perchè essi offrono sempre o quasi sempre gli stessi rapporti che furono descritti per le tube falloppiane, ed anche perchè essi possono essere in ogni caso nettamente sentiti, ciò che non è sempre delle tube, la percezione delle quali può talora essere molto incerta e confusa. Il legamento rotondo invece non può sfuggire quando si vada a cercarne l'estremo inferiore nella regione inguinale, dove esso, staccato e isolato dall'utero, sta per penetrare nel canale inguinale, e trovasi in un discreto grado di tensione, a differenza delle tube, che pendono inerti e flaccide lungo i fianchi dell'utero.

Sulla scorta dei rapporti che offrono i legamenti rotondi parmi

---

(1) Gusserow. *Verhandlungen der Geselschaft für Geburtshülfe und Gynäkol. zu Berlin*, XXVII, § 97.

(2) Leopold. « Die Diagnose etc. Arbeiten aus der Königlch. Frauenklin. in Dresden, » II Band., pag. 151.

che il metodo di diagnosi si completi meglio (1) e potremmo anzi, con maggior comprensione, fondare questo metodo diagnostico non solo sui rapporti delle tube, ma sui rapporti che hanno coll'utero gli annessi uterini (tube, ovaie e legamenti). Nelle mie ricerche infatti in parecchi casi mi offerse un buon punto di partenza, la palpazione stessa delle ovaia.

Non può riuscire cosa difficile la ricerca delle trombe e dei legamenti rotondi a chi sia anche per poco addestrato nella palpazione ostetrica. Poggiando gli apici delle tre dita di mezzo nei quadranti inferiori dell'addome e strisciando con essi leggermente dal basso all'alto e dall'interno all'esterno sulla superficie uterina, capita sotto le dita palpanti anzi tutto un cordone, di calibro variabile (ma che anche a termine di gravidanza, non parmi raggiunga mai la grossezza d'un dito mignolo, che Vinay (2) gli attribuisce), teso con un modico grado di tensione obliquamente dall'interno all'esterno, e di cui più nettamente palpabile è il terzo inferiore: è desso il legamento rotondo. Esso, come si sa, a termine di gravidanza si distacca dall'utero presso a poco a livello dell'unione dei $^4/_5$ inferiori col $^1/_5$ superiore dell'organo. Continuando a strisciare colle dita sempre secondo la detta direzione, sentesi poco al di là del legamento rotondo un altro cordoncino, ma di consistenza molliccia, più addossato alla superficie dell'utero, e che più facilmente sfugge sotto le dita palpanti: ed è questa la tuba falloppiana. Spesse volte in vicinanza dell'estremità esterna di questa, avvertesi bene anche l'ovaio. Questi annessi uterini sentonsi d'abitudine più distintamente in corrispondenza del lato sinistro che del lato destro: e ciò in causa della solita torsione dell'utero verso destra che sposta un poco allo indietro quelli di destra ed in avanti invece quelli di sinistra rendendoli così più evidenti.

Le tube e i legamenti rotondi sentonsi sempre distintamente in tutto il loro decorso specialmente verso il termine della gravidanza: ma è sopratutto durante il travaglio che la percezione ne è più evi-

---

(1) Nel rivedere le bozze del presente lavoro, comunicato alla Società medico-chirurgica di Pavia in seduta 29 Gennaio p. p., mi giungono gli *Atti della Società italiana di ostetricia e ginecologia*, vol. III, dove trovo una comunicazione del prof. Caruso sulla *sede normale della placenta;* vi leggo che egli pure, ammettendo esatto il criterio propugnato da Leopold, assegna una importanza grande alla ubicazione dei legamenti rotondi nella diagnosi clinica della sede di essa.

(2) Vinay. « Traité des maladies de la grossesse, » loc. cit.

dente. Durante la contrazione uterina infatti essi sono più distintamente palpabili; le tube, perchè, ad utero contratto, la loro consistenza molliccia contrasta con quella dura dell'organo in contrazione sul quale si trovano applicate; ed i legamenti rotondi, perchè durante la contrazione uterina si fanno tesi, rigidi, isolati nella loro porzione più bassa dall'organo, partecipando essi pure alla contrazione stessa.

Noto, per incidenza, come durante il travaglio mi avvenne di osservare che la palpazione di questi annessi uterini fa ridestare la contrazione dell'utero. È noto che fregagioni praticate sul fondo dell'organo bastano a risvegliarla, ma mi è parso che sia più efficace in questo senso la palpazione, la eccitazione insomma praticata in corrispondenza dei suoi annessi. Questa inoltre provoca sempre dolore, massime poi durante il travaglio e ad utero contratto.

Segni diretti da parte della placenta. — La massa placentare può infine essere direttamente sentita e individualizzata come tale dalla mano palpante. Ciò non accade però che molto raramente: potrà aversi ciò quando notevolmente sottili fossero le pareti uterine e le pareti addominali. La sensazione diretta della massa placentare l'ebbe in un caso lo Spencer (1) che, come già notammo, la avvertì come una massa molliccia a distinto contorno posta a ridosso del corpo del feto. Rientra pure in questa categoria di segni il sentire distintamente il corpo fetale da un lato dell'utero, di cui un corno è occupato dall'estremo fetale e l'altro dall'estremo placentare.

Questi particolari rilievi a cui finora siamo venuti accennando, sono più facili a farsi nelle pluripare, a pareti uterine e addominali poco spesse, e meglio che mai in quelle a ventre pendulo, in cui riesce di estrema facilità la palpazione del corpo uterino in tutta quanta l'estensione della sua superficie. Assai incerti invece riescono nei casi di polidramnios, di gravidanza gemellare e di anomale posizioni dell'utero, all'infuori di quella testè accennata.

***

Nelle numerose osservazioni da me fatte per esperimentare il metodo di Leopold e di Bayer, basato, come vedemmo, sulla situazione

(1) Herbert Spencer, loc. cit.

e sul decorso delle tube, io mi giovai per stabilire la sede della placenta, oltrechè di questo dato, anche di tutti gli altri elementi che ho passato ora in rassegna.

Stabilita la diagnosi in base a replicati esami esterni fatti nel corso della gravidanza e nel corso del travaglio, cercavo poi di controllarla coll'esplorazione interna dopo l'espulsione del feto. Immediatamente dopo l'espulsione di esso, io introducevo la mano nella cavità uterina, e sulla guida del funicolo, raggiunta la faccia fetale della placenta, m'accertavo in modo diretto in quale regione essa si trovasse inserta.

Riesce agevole tale ricerca, perchè a feto appena espulso, l'utero trovasi ancora piuttosto abbassato, e la bocca uterina, tuttora ampiamente beante, lascia passare facilmente la mano esploratrice. Conviene poi sempre seguire il cordone ombelicale durante questa ricerca, per bene orizzontarsi nel riconoscere le facce della placenta, le pareti uterine e i rapporti tra queste e quelle; e conviene praticarla subito dopo l'espulsione del feto, giacchè altrimenti è facile trovare la placenta in gran parte se non del tutto già staccata.

Ho eseguito questa *esplorazione uterina* colla mano introdotta in cavità in 62 casi, e sono lieto di poter dire che mai ebbi a lamentare inconveniente alcuno in conseguenza di ciò. Il pericolo di infezione, che accompagna una tale esplorazione, può parere grande, perchè praticata coll'intera mano, nel momento in cui va facendosi il distacco delle membrane e della placenta dalla superficie uterina, e praticata nel momento in cui, appena passato il corpo fetale, più ampie e più recenti sono le lesioni che inevitabilmente e sopratutto in corrispondenza della bocca uterina il corpo del feto determina durante il suo passaggio: ma tale pericolo scompare quando si sappiano adoperare le più rigorose cautele antisettiche. Tale esplorazione diagnostica è ad ogni modo appena giustificata nell'ambiente di una Clinica, dove si ha diritto di confidare, dal punto di vista della asepsi e della antisepsi, in un grado massimo di garanzia.

Con questa esplorazione uterina io potei constatare di non aver errato, nei 62 casi da me presi in esame, che 8 volte nello stabilire colla palpazione la diagnosi di sede della placenta. Credo cosa superflua riportare qui le tabelle dove ho segnato i dati ottenuti in ogni singolo caso coll'esame esterno dapprima e coll'esame interno dopo

l'espulsione del feto. Raccogliendo da tutti questi dati le note più importanti, dirò anzi tutto che, analogamente a quanto osservarono Leopold, Bayer, Palm e Müllerheim, la posizione delle tube e il loro decorso indicano con una grandissima probabilità se la placenta è inserta anteriormente o posteriormente. È cioè posteriore l'inserzione se esse si trovano in avanti e convergenti fra di loro in alto ad angolo più o meno acuto: è invece anteriore, se esse trovansi piuttosto allo indietro od almeno pendenti sui margini laterali dell'utero.

Trovai che uguali indicazioni ci porgono i rapporti che hanno coll'utero i legamenti rotondi, i cui punti di inserzione sull' organo possono essere ora più, ora meno avvicinati, ed ora spostati in alto, ora spostati in basso.

Havvi dunque in una parola, una specie di antagonismo, per cui gli annessi uterini risiedono abitualmente in una regione opposta a quella dove trovasi questa parte degli annessi fetali che è la placenta.

E se ne comprende facilmente la ragione pensando che la placenta per la sua massa non indifferente sposta questi annessi uterini verso la regione opposta a quella dove essa si impianta, e, dato che abitualmente i punti di inserzione dei medesimi sull' utero sono sui lati ed un po' in avanti, dovranno questi punti avvicinarsi di più se la placenta è allo indietro, ed essere distratti, divaricati se essa è al davanti; e conseguentemente avere quelli nel primo caso una direzione obliqua dall'interno all'esterno, e nel secondo caso un decorso rettilineo, parallelo all'asse longitudinale dell'organo.

Tenuto conto pertanto, oltrechè di questi rapporti, della forma e della direzione dell'utero, della palpazione delle parti fetali, del battito cardiaco, ecc., si può affermare quanto segue.

La placenta è inserta *posteriormente ed in alto* se le tube e i legamenti rotondi trovansi sulla superficie anteriore dell' utero, se i loro punti d'inserzione sono avvicinati e piuttosto lontani dal margine superiore del viscere, se il loro decorso è obliquo verso l'esterno, se l'utero ha una forma convessa verso la sua parte alta e posteriore, e pianeggiante invece è la sua superficie anteriore, se avvertonsi distintamente in avanti le singole parti fetali, i movimenti attivi, e il battito cardiaco.

La placenta è inserta *posteriormente ed in basso* se le condizioni sono come le precedenti, ma l' inserzione delle tube e dei legamenti

rotondi è piuttosto avvicinata al margine superiore dell'utero e se poco convesso è il fondo di questo.

La placenta è inserta *anteriormente ed in alto* se le trombe e i legamenti rotondi trovansi sui fianchi dell'utero con decorso quasi verticale, parallelo al grande asse di esso, se i loro punti d'inserzione sono divaricati e lontani dal margine superiore del fondo uterino, se molto sporgente e convessa fosse la superficie della parete anteriore dell'utero nella sua parte alta, e se poco distinti fossero nei quadranti superiori le piccole parti fetali, i moti attivi e il battito cardiaco.

La placenta è inserta *anteriormente ed in basso* quando si hanno le condizioni anzidette, ma i punti d'inserzione delle trombe e dei legamenti rotondi sono avvicinati al margine superiore dell'utero, e questo offresi quasi pianeggiante.

Quando è inserta al *fondo uterino*, questo offresi notevolmente convesso e come emisferico; le inserzioni degli annessi uterini si trovano ad un livello molto basso; e male si avvertono le parti fetali nei quadranti superiori.

Quando l' inserzione si fa *sui lati*, la superficie dell' utero offresi molto deformata, sporgente cioè più o meno sentitamente verso quel lato dove è inserta la placenta, e da quel lato sono portati fortemente in alto i punti di inserzione della tuba e del legamento rotondo: mentre quelli del lato opposto mantengonsi al livello normale.

In due di questi casi (l'inserzione laterale è molto rara) parmi di aver anche notato in corrispondenza del lato d' impianto, una certa divaricazione fra la tuba ed il legamento rotondo; ch'essi cioè fossero spostati l'uno dall'altro nei loro punti di emergenza, e specialmente nel tratto inferiore del loro decorso. Nell'inserzione della placenta su di un lato, l'utero pare anche deviato, obliquato verso il lato stesso (Levret).

È utile fare tutte queste distinzioni pel punto d' impianto della placenta, perchè essa non copre abitualmente che 1|4 circa dell'estensione della superficie uterina. Conviene tener presente altresì, nel fare tutti questi rilievi, la obliquità fisiologica destra dell' utero gravido, non ricordando la quale, è facile errare sopratutto nei rapporti delle tube e dei legamenti rotondi.

Per completare l'argomento che ho preso a trattare, è mio dovere accennare anche alla parte che può avere la diagnosi di posizione

della placenta nelle gravidanze estrauterine. La parte che essa vi ha è di un alto interesse, giacchè nel modo d'inserzione della placenta sta il maggior pericolo della laparotomia nelle gravidanze addominali [Pestalozza (1)]. Sfortunatamente niun dato, niun elemento si può invocare per la diagnosi in simili casi, e niuna osservazione ancora ha portato luce su di essa.

Dai casi ch' io ho osservati risulterebbe una frequenza maggiore dell' inserzione posteriore che anteriore della placenta, in accordo quindi con quanto ammettono la maggior parte degli autori. Cuzzi darebbe invece più frequente la inserzione anteriore. Che sede più frequente ne siano le faccie anteriore e posteriore che non le altre regioni dell'utero, risulta anche dalle recenti osservazioni di Caruso (2). Su 188 casi Gusserow (3) trovò l'inserzione 93 volte sulla parete posteriore, 77 volte sulla anteriore, 12 volte sulla parete destra e 6 volte sulla sinistra. Concordano con queste anche le ricerche di Bidder (4) che sopra 193 casi la trovò 73 volte allo indietro e 53 volte in avanti.

Rilevai pure dalle mie tabelle, ed anche da quelle di Leopold, che la inserzione posteriore della placenta è più costante nelle pluripare che nelle primipare. Rilevai ancora che, ad inserzione anteriore della placenta, il distacco della medesima è un po' più lungo che non a placenta inserta allo indietro, e si ha più di frequente emorragia. Insomma il secondamento avviene meglio a placenta inserta posteriormente. Bayer e Palm (loco cit.) hanno in particolar modo richiamata l'attenzione sulle difficoltà del secondamento a placenta inserta in corrispondenza degli angoli tubarici.

Per questi ed altri fatti parrebbe che la inserzione posteriore debba considerarsi come la inserzione normale, fisiologica.

***

Come già da principio ho accennato, pensai fare cosa opportuna mettendo in rilievo queste osservazioni, perchè esse confermano la

---

(1) Pestalozza. « Art. Placenta. » *Enciclopedia medica italiana*, Vallardi, Milano.

(2) Caruso. « Sulla sede normale della placenta. » *Atti della Società ital. di ostetr. e ginecol.*, vol. III.

(3) Gusserow. « Ueber den normalen Sitz der Placenta. » *Monats. f. Geburtsh.*, XXVII, § 90.

(4) Bidder. *Petersb. med. Zeitschr.*, vol. XVII.

bontà del metodo Leopold, e perchè in esse ho fatto contribuire alla diagnosi di sede dell'inserzione placentare, oltrechè i criterii di Leopold e di Bayer, tutte quelle particolarità, che la palpazione addominale ha potuto farmi riconoscere atte allo scopo, e che sopra sono andato enumerando.

Basata sul complesso di tutti i fatti suesposti, tale diagnosi acquista un valore che a nessuno può sfuggire. E il valore suo è tanto più notevole in quanto che trattasi di una diagnosi, che si può fare anche ad epoche non avanzate di gravidanza, perchè avendo la placenta raggiunto quasi il suo completo sviluppo e le sue definitive dimensioni già all'8.º mese (1), difficilmente può mutare, al di là quest'epoca, i suoi rapporti coll'utero.

Merita poi tanto più questo metodo diagnostico di essere accolto favorevolmente in quanto che esso si vale del solo esame esterno. La palpazione addominale va oggidì guadagnando tanto terreno fra i mezzi di indagine ostetrica, che si tenta perfino di sostituirla alla esplorazione stessa durante il travaglio (2). V'ha in ciò senza dubbio, un poco di esagerazione, sopratutto per parte di autori francesi; nondimeno, in vista sempre degli svantaggi e dei pericoli che si accompagnano all'esame interno e che l'esame esterno non conosce menomamente, deve essere fatto buon viso a ogni nuovo elemento che nella diagnosi ostetrica viene a portare la palpazione addominale. Un acquisto di essa è appunto il metodo di diagnosi, del quale abbiamo parlato.

---

(1) Cuzzi. « Trattato di ostetricia, » pag. 251. Milano, Vallardi.

(2) Leopold und Pantzer. « Die Beschr. der inn. u. grosstmögl. Verw. der aüsser Unters. in der Geb. » *Arch. f. Gynäk.*, XXXVIII, II, 330.

I SETTI TRASVERSALI DELLA VAGINA

SOTTO IL RAPPORTO DELLA ORIGINE CONGENITA, DELLA PROIEZIONE VAGINALE E DELLA IMPORTANZA OSTETRICA

STUDIO CLINICO-SPERIMENTALE

PEL

Dott. CARLO FERRARESI

(Continuazione, vedi pag. 327).

Ricerche sulla proiezione del pavimento pelvico in rapporto colla vagina.

In uno studio sui rapporti della vagina collo stretto di uscita e con le parti molli adiacenti non avrei potuto trascurare un campo ancora aperto alle ricerche, che concerne i rapporti della vagina con la proiezione del pavimento pelvico (Hart e Barbour). Carbonelli (1) dice che lo studiare il pavimento pelvico in unione coi genitali (così come fu considerato da Rainey), trova la sua ragione nella influenza che il piano muscolo-aponeurotico ha sull'apparato della generazione e nel legame che esiste tra certe forme patologiche dell'uno con quelle dell'altro. Ai risultati delle note ricerche di Schröder, Foster, Dilkinson, Hermann (2) e altri sulla proiezione del pavimento pelvico, fu aggiunta la conoscenza dei rapporti della vulva col bacino (orientazione vulvare) rispetto alla quale Carbonelli concluse per il parallelismo della linea che unisce le commessure vulvari, colla prima vertebra sacrale, con deviazioni praticamente trascurabili. È necessaria a completare questi studî la notizia precisa dei rapporti della vagina colla proiezione del pavimento pelvico, necessità tanto più evidente, quanto più largamente sia ammesso il concetto della situazione in gran parte extrapelvica della vagina. Già W. S. Plaifayr, citato, ha riconosciuto la vagina quale parte dei genitali esterni.

La sua posizione raccolta nei tracciati, l'ha fatta rilevare quasi costantemente, come un « organo proeminente, al di fuori della pelvi ossea » aumentando così il concetto dell'estensione e dell'importanza

(1) G. Carbonelli. « Il perineo sotto il rapporto ostetrico-ginecologico. » Torino, 1873.

(2) Ibid. e Hart e Barbour citati.

dei rapporti della vagina colle parti molli dell'uscita. Si può dunque, per analogia, parlare di « proiezione vaginale, » allo stesso modo che di proiezione del pavimento pelvico, come è in uso, per indicare la sporgenza delle parti molli fuori del catino. Rispetto a quest' ultima, oltre che delle misure (che tutto al più costituiscono l' indice di proiezione) è da preoccuparsi della figura delle parti sporgenti, è quanto potrà domandarsi anche alla proiezione vaginale. Il concetto della figura delle parti in proiezione richiama immediatamente l'altro di proiezione geometrica delle parti stesse, che è il risultato dell' incontro su un piano laterale e parallelo al corpo, ad esempio, delle perpendicolari calate (proiettanti) da tutti i punti appartenenti al contorno delle parti in discorso. Questo mi pare il modo più completo di comprendere la proiezione, laddove l'indice di proiezione, la distanza massima, ad es., dello stretto inferiore (Foster) darebbe ancora un'idea troppo limitata del pavimento stesso. Anche il riconoscimento di rapporti intimi di resistenza tra vagina e pavimento pelvico (Schröder, Hart e Barbour) rende più naturale uno studio in comune della vagina col pavimento stesso. Fin qui parrebbe che il concetto di queste proiezioni riunite (proiezione vagino-pelvica), dovesse restringersi nei limiti di uno studio anatomico. Esso infatti è risultato, nel miglior modo, negli spaccati antero-posteriori, presentati. Hart e Barbour, citati, fanno però diffidare delle misure prese sopra sezioni congelate. Senza dubbio una ricerca della linea vaginale sulla vivente sarebbe utilissima, ma offre difficoltà, già rilevate al principio di questo lavoro, e le notizie di topografia della vagina vivente, sono ancora troppo scarse. Conviene rivolgere interesse alla forma delle pareti vaginali. Alla figura di Hart, citato, che rappresenta una vagina di donna viva e che concorda collo schema accettato da Ribemont e Lepage solo per il tratto di curva convessa in avanti, manca la impronta della cervice, ossia la concavità superiore, perchè, come avverte l' autore, l'utero è tirato indietro. Questa curva, del resto, ripete troppo fedelmente quella della figura 40.ª dello stesso trattato, di una sezione indurita all'alcool di un bacino in cui l'utero è patologico per aderenze posteriori, per non ritenere che essa sia la medesima vagina, cioè a curve anormali. È dunque raddrizzato l' asse della vagina come nel prolasso, dove asse uterino e vaginale tendono a fondersi. Qui è abolito lo sfondato posteriore. Tutt' affatto in basso la vagina detta può

rappresentare molti casi di pluripare, a perineo leso, e corrisponde a parecchi casi dei tracciati. Lo stesso autore riconosce una figura sigmoide alla parete posteriore, variabile con la posizione dell'utero e lo stato di riempimento o vuotezza dei serbatoi adiacenti. Secondo il principio dimostrato di Henle, citato, che la vagina si adatta alle esigenze di spazio degli organi adiacenti, bisogna accettare come tipica la forma indicata da Skene (1) a triplice curva e a doppio *S*, la cui convessità intermedia è diretta in avanti. Tale forma è riprodotta nel tracciato XXXVIII (di Piersol). Anche Skene, come Hart, ritiene la parete anteriore rettilinea. Per la forma intanto e per i rapporti con un segmento di pavimento pelvico più fisso deve tenersi principalmente conto della parete posteriore. Così è a questa parete che mi sono principalmente diretto nella ricerca dell'asse vaginale sulla vivente. La scelta del soggetto in un materiale limitato, rende difficile la ricerca di fatti normali, a parte le difficoltà della tecnica; così in attesa di esperimenti più rigorosi, ho ottemperato alle esigenze più grossolane, con due soggetti:

A) (33 anni) che aveva partorito tre volte e

B) (32 anni) che aveva partorito una volta.

Intrapresi la ricerca col medesimo concetto che dirige le ricerche cirtometriche e pelvigrafiche: adattare un'asta metallica alle parti in istudio, tanto da poterne riprodurre la figura sulla carta. Il concetto è semplice, ma l'ideale di simile ricerca, quello di possedere un mezzo flessibile tanto da adattarsi a tutte le curve di parti molli, senza pressioni, e contemporaneamente abbastanza rigido da non perdere l'atteggiamento subìto nelle parti, urta in serie difficoltà pratiche come è riconoscibile a priori. L'introduzione e l'adattamento dell'asta in vagina esige senza dubbio uno spostamento di rapporti, ma a questo può essere ovviato, rinunciando alla parete anteriore. Maggiori cause di errore sono nel momento dell'esperienza che concerne l'estrazione dell'asta, in caso, ad es., di forte inclinazione vaginale; fortunatamente sono evitate dalla forma comune del perineo. Dopo prove con lamine diverse e distinte pei due segmenti pelvici, ho creduto di tracciare la linea desiderata, della proiezione vagino-pelvica, in posizione eretta, dorsale,

---

(1) ALEXANDER J. C. SKENE. « Treatise on the Diseases of Women, etc. » New-York, 1892, fig. 25, pag. 44.

laterale e anche genupettorale. Una lamina di piombo lunga 35 cm., larga 2,5 circa e spessa 1 mm., ripiegata ad ansa, oltre la sua metà, fino a toccarsi i lati, veniva introdotta in vagina, con cautele asettiche, e condotta coll'indice fino a livello del fornice posteriore (con *due* dita per ottenere un divaricamento possibilmente approssimato, nella posizione genupettorale), adattandola al perineo, intanto che l'estremo posteriore della lamina, veniva mantenuto fisso sul coccige da un aiuto. Abbandonando in vagina la lamina a sè stessa, dopo aver condotto l'altro estremo a contatto dell'arco pubico, veniva finalmente ritirata pressochè senza trazione, dal basso e in avanti, per non alterare la inclinazione vaginale ottenuta. Gli elementi studiati nel tracciato sono:

1.° la distanza degli estremi coccigeo e pubico (che erano indicati sull'asta con una piega formata, con pressione, a loro livello);

2.° la lunghezza della vagina;

3.° l'angolo di inclinazione sul diametro coccipubico;

4.° la distanza massima da quest'ultimo, della linea esterna del pavimento pelvico, nel segmento sacrale e nel pubico, insieme col livello della linea coccipubica dal quale parte la detta proiezione;

5.° forma della parete vaginale.

Altri elementi verranno descritti in seguito. Tutte le dimensioni in lunghezza sono maggiori nel soggetto *A*, di statura alta, che in quello *B*, di statura bassa, come è espresso nelle figure della Tavola II.ª, n. 1.ª - 7.ª e nello specchio seguente. La posizione dorsale è intesa nella varietà semplice [Mangiagalli (1)]; misure in centimetri:

POSIZIONE DELLA DONNA		PARETE VAGINALE POSTER.	Livello dal sacro e dal pube delle proiez. rispettive	DISTANZA COCCIPUBICA	LUNGHIEZZA DELLA VAGINA	INCLINAZIONE VAGINALE	PROIEZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO	
							sacrale	pubica
Dorsale semplice	*A*	convessa in av.	sacro 5,5	10	9	32°	2,3	—
	B	sigmoidea	« 4,5	8	8	52°	1,7	—
Eretta	*A*	legg. convessa	sacro 6,2, pube 4	14	9	40°	4	1,8
	B	quasi retta	sacro 5, pube 2,7	11	7	44°	2,9	1,6
Laterale sinis.	*A*	concava	sacro 4,3	10	10	40°	2,5	—
» destra	*B*	sigmoidea	sacro 5, pube 2	10	8	40°	2,4	1,2
Genupettorale	*B*	concava (cavo fusiforme)	sacro 5	9 (?)	8	29° 46°	7 mm.	—

(1) Luigi Mangiagalli. « Trattato di ginecologia » in corso di stampa.

Le variazioni sensibilissime della distanza coccipubica nelle varie posizioni, colpiscono certamente a primo sguardo; sono segnate di proposito, perchè esse comprendono i limiti massimi degli errori possibili, oltre i quali nessun altro risultato può essere esagerato. Anzitutto questa distanza risulta superiore alla normale in pressochè tutti i tracciati; la media del diametro cocci-sottopubico, preso su 50 donne da O. Ranney (1) misurò cm. 8,65. Nella ricerca attuale è spiegabile la differenza col fatto che l'estremo posteriore della lamina metallica, non fu tenuto all'interno del coccige o inferiormente, ma posteriormente ad esso, per avere un punto di appoggio solido, che, data l'instabile rigidità del sistema, si dimostrava indispensabile, e per rendere meno alterabili gli altri risultati. A parte, finalmente, la possibilità di spostamenti del coccige anche fisso al sacro nelle varie posizioni, sono da ricordare ancora i gravi ostacoli inerenti ad un sistema che deve essere sufficentemente malleabile per adattarsi alla complicata curva vagino-pelvica e da altro lato sufficientemente rigido per mantenere fissate, durante la estrazione, le curve assunte. Le due condizioni sembrano tra loro incompatibili, mentre il mezzo così semplice per sè, attrae meglio di ogni altro. Del resto, mentre esistono altri mezzi più sicuri per la ricerca della distanza coccipubica e questa, come ho avvertito, non fu introdotta ad altro scopo che di circoscrivere i limiti dell'errore, ho da aggiungere che l'errore per gli altri risultati è assai minore che per la distanza coccipubica. Questa può già rilevarsi dalle cifre date, ma anche geometricamente è facile a intendersi. Allontanandosi gli estremi dell'asta, cioè ingrandendosi la distanza in discorso, l'angolo di inclinazione vaginale ad es. potrà subire alterazioni (ingrandendosi) solo se l'allontanamento è esclusivo, o molto maggiore, ad uno degli estremi dell'asta. In ogni altro caso rimanendo pressochè parallele le altre distanze, l'angolo di inclinazione non varia, per ragione stessa delle parallele (tagliate dalla stessa linea vaginale, dove questa non è molto curva). Un po' maggiori saranno le influenze sulle proiezioni pelviche (nel senso di impiccolire); queste del resto si possono domandare ad altri mezzi. Ma facilmente si intende che tanto minori saranno gli spostamenti dei punti dell'asta, quanto meno questi sono prossimi alle estremità, come a livello delle proiezioni (punti di massima con-

(1) V. Carbonelli, citato.

vessità dell' arco) che sono di regola più vicini alla vagina; dunque rimangono punti fissi, mediante i quali è facile ricostruire diagrammi meno imperfetti raccogliendo le proiezioni con altri mezzi noti. Così è dimostrata la possibilità di eliminare le cause di errore, senza complicare soverchiamente il metodo. Finalmente non sono da attendersi dei risultati più completi di quelli ricavati per la proiezione pelvica semplice da autorevoli sperimentatori, se le difficoltà sono maggiori e i tentativi di ricerca praticati con mezzi scarsi. Già erano state mosse obbiezioni ai compassi ed ai nastri usati per la proiezione del pavimento pelvico, mentre i risultati sono discordi e discussi ancora. Intanto le difficoltà, di gran lunga più grandi, recate dalla ricerca della lunghezza opportuna dell'asta interna (indispensabile a raggiungere il fornice) sono troppo evidenti per non ammettere che le cifre, ora offerte, sono da accogliere col significato e nei limiti di un tentativo sperimentale. Con simile concetto, seguito a dare altri risultati dei diagrammi:

Distanze del fornice posteriore vaginale dal coccige			diam. coccipubico
Posizione dorsale semplice . .		*A* 6,8	coincide
		B 7,2	7
»	laterale	sin. *A* 6	coincide
		des. *B* 4,1	3. 8
»	eretta	*A* 4	3. 5
		B 3,5	3. 3
»	genupettorale	*A* 7	coincide

I risultati delle distanze in centim. del fornice dalla linea coccipubica e dal coccige, sono in 3 volte coincidenti, vale a dire colla linea condotta dall' estremo superiore vaginale all' estremo della linea coccipubica (coccige) si fonde la perpendicolare calata dallo stesso punto alla linea detta. Da questi tracciati si rileva a prima vista una grande variabilità del segmento pubico nelle diverse posizioni, di evidente importanza per le questioni relative alla statica della vagina e dell'utero. Senonchè, a questo proposito è anche da notare che l'appoggio sottopubico della lamina (che determina la terminazione anteriore della linea coccipubica) incontra difficoltà che in confronto dell' appoggio retrococcigeo, non hanno altro vantaggio se non quello della minore lunghezza, quindi minore facilità a spostamenti nell'estrazione, anche perchè l'angolo vagino-sottopubico, essendo ottuso, permette una estrazione più comoda dell'asta interna.

Ecco le distanze in centim. dall'estremo pubico all'ingresso della vagina:

Posizione eretta	*A*	cm. 5
	B	» 3,7
» dorsopelvica	*A*	» 3
	B	» 1,6
» laterale	sin. *A*	cm. 2
	des. *B*	» 2,6
» genupettorale	*B*	» 1,5

Come si vede, gli inconvenienti maggiori sono negli appoggi sulla pelvi tanto anteriori che posteriori, ai quali non trovo possa rimediare un prolungamento dell'asta (in un prolungamento sacrale ad es., non si potrebbero oltrepassare i limiti della convessità sacrale senza rischio di costituire una distanza tra l'apice dell'asta interna e quella dell'esterna, minore dello spessore peritoneale, tanto da impedire l'estrazione dell'apparecchio senza spostamento dei detti apici). Neppure un apparecchio ad articolazioni mobili sul piano verticale, suscettibile di fissazioni, per assumere le distanze e gli angoli, potrebbe servire, giacchè la flessibilità, indispensabile a raccogliere la « figura » delle parti, sarebbe certamente compromessa.

Per confronto coi risultati degli autori, ho inoltre praticato col filo la misurazione della lamina esterna (figura esterna del pavimento pelvico):

Posizione eretta	*A*	cm. 17
	B	» 11,5
» dorso semplice	*A*	» 11
	B	» 8,5
» laterale	sin.	» 11,5
	des.	» 10,5
» genupettorale	*A*	» 11

Le medie di Schroeder, fuori di gravidanza sono 12,6 a 13,2. Sono dunque un po' maggiori, ma con ragione fu anche osservato che troppe sono le differenze individuali per poter avere una misura costante. Continuando i confronti sulla proiezione pelvica, la misura massima (quella del segmento sacrale, s'intende) in posizione eretta pel caso *A* è 4 cm., per *B* è 2,9. Ora Foster ottenne sopra i diagrammi di Schroeder la media di 4,1, nei proprii 2,5 (però in semipronazione), Dickinson 2,6

fino a 3,7, Hermann 3,2 (in condizioni di sforzo) (1). Le cifre dei casi *A* e *B*, in posizione eretta, possono dunque accordarsi con queste medie. Avendo finalmente misurato sopra i diagrammi delle altre posizioni la stessa proiezione, è risultato che quest' ultima è massima nella posizione eretta, minima nella genupettorale. Nel decubito dorsale infatti *A* misura cm. 2,3, *B* 1,7, nel laterale sin. *A* 2,5, nel laterale destro *B* 2,4, nel genupettorale *B* segna 7 mm. Dalla misura delle proiezioni pelviche esposta nella prima tavola risulta anche un altro fatto notevole rispetto al segmento pubico: mentre non risulta un allargamento apprezzabile di esso nelle altre posizioni, raggiunge invece cm. 1,8 per *A*, e 1,6 per *B* nella posizione eretta. Per incidenza rammento il caso di Tibone, citato, dove (in condizioni di travaglio, a retto e vagina distesi) la proiezione del segmento sacrale equivale a 7,9, quella del segmento pubico 7 mm. La donna in travaglio era accoccolata su un vaso. Il segmento pubico è pure aumentato al massimo sotto la linea coccipubica nella stazione eretta, anche alle misure col filo. Nella stessa tavola citata sopra, sono dati i livelli a cui si trovano sulla linea coccipubica le massime sporgenze dei due segmenti sacrale e pubico, in altre parole, le loro proiezioni. Da queste cifre risulta pure il fatto importante che la sporgenza massima del segmento sacrale è più distante dal sacro, ossia più vicina al pube, nella posizione eretta che nella dorsale, dove il segmento sacrale si trova più addossato al sacro e allontanato dal pube. Queste sporgenze multiple del pavimento pelvico non sono dunque calcolate a caso, se esse hanno corrisposto costantemente alla importante divisione dello stesso nei seguenti sacrale (retrovaginale) e pubico (antevaginale). Già fu rilevata (Carbonelli) la figura « ondulata » del pavimento in proiezione che è ben lontana da una curva geometrica. Oltre che una influenza delle varie posizioni del corpo sulla sporgenza dei segmenti, fu già notata, sopra, una influenza sullo spostamento del fornice (posteriore) per parte delle posizioni stesse, quando fu detto che per alcuna di queste si vede il fornice o l'apice dell'asta interna nella sua distanza (o perpendicolare) dalla linea coccipubica coincidere con la distanza dal coccige, mentre in altre se ne allontana. In altri termini questo vale che la vagina si sposta indietro (coincidenza) o in avanti (allontanamento) col suo estremo superiore. Gli spostamenti accennati ora per l'estremo superiore insieme

(1) V. Carbonelli, l. c.

agli altri, accennati sopra, dello estremo inferiore (con i mutamenti di livello delle sporgenze del pavimento pelvico) costituiscono necessariamente, per la vagina, mutamenti della lunghezza o dell'inclinazione. Questi ultimi furono accennati nella tavola dove si può scorgere che le inclinazioni in genere sono più accentuate nel soggetto *A* che in quello *B*, ossia nel primo tende meno a dirigersi verticalmente la vagina che nel secondo.

Però le oscillazioni della inclinazione nelle varie posizioni sono lungi dal trovarsi proporzionali a questa differenza, tantochè nel decubito laterale si uguagliano, e la differenza è massima nella posizione dorsale. Tutto ciò basta, di per sè, a far supporre che i fattori della inclinazione vaginale siano complessi. Confrontando le inclinazioni misurate della tavola, con le figure di Hegar (1) dove, applicando il solito metodo, ho rilevato la inclinazione pei singoli casi, di stazione eretta e varietà della stazione dorsale, risulta che i mutamenti sono analoghi solo pel soggetto *B*. Nei casi di Hegar dunque, la inclinazione vaginale da 26° in stazione eretta (il piano dello stretto superiore fa coll'orizzonte un angolo di 55°), passa a 30° in dorsale semplice (stretto superiore 30°, aperto in avanti), a 32° in dorso-sacrale (stretto superiore 20°), a 34° in dorso-lombare (stretto superiore 60°). A questa progressiva diminuzione della inclinazione sulla linea coccipubica, accennante ad uno spostamento della vagina verso il centro dello scavo, che segue l'inclinarsi della pelvi sulla colonna lombare, corrisponde una diminuzione nel soggetto *B* da 44° in stazione eretta a 52° in dorsale semplice. Rispetto alla posizione genupettorale ho potuto riscontrare nella figura di sezione congelata riportata da Hart e Barbour (2) assai importante, la inclinazione degli assi delle due pareti divaricate, pari a 84° per l'anteriore, a 45° per la posteriore, dimostrando così, secondo il concetto di questi autori, la tendenza delle pareti vaginali a seguire la direzione delle rispettive pareti pelviche. Il fatto si rende, com'è noto, evidente sopratutto in condizioni di maternità, anche di gravidanza non avanzata, di parto abortivo, ecc., per tutti i casi di entrata d'aria (in ogni posizione) nei quali la vagina può distendersi fino ad assumere forma sferica. Sono appunto questi casi, a mio

---

(1) V. Mangiagalli, l. c.

(2) Hart e Barbour, l c., fig. 65.

vedere, i meglio adatti a dimostrare la forma propria della vagina distesa, dove la pressione uniforme dell'aria può far rilevare meglio le regioni meno resistenti, a confronto di corpi solidi e di forma prestabilita (testa fetale). Le inclinazioni 46° e 29°, massima e minima di tutte le cifre segnate nella tavola, indicano un aspetto fusiforme del cavo vaginale, simile a quello della figura di Hart, e furono rilevate con due aste isolate, ciò che impone maggior riserva sul valore concreto delle cifre. Tale necessità di riserva sembra del resto, come alle ricerche sulle parti molli, comune anche a tutti i metodi pelvimetrici. Quanto alla lunghezza della vagina, fu accennato alle difficoltà tecniche rilevanti, concernenti la ricerca di questo punto, mentre è grande il disaccordo degli autori, per non chiedere ai risultati più che un valore approssimativo, che infatti si mostra concorde, almeno pel soggetto *B*, con le osservazioni di Tillaux e altri sull'accorciamento della vagina in posizione eretta. Anche Huscke, citato, diceva che la vagina era più corta la sera che al mattino, in causa della pressione intestinale maggiore su di essa nella stazione eretta. Nella tavola si rileva ancora un elemento di esame, degno di nota: la forma della curva vaginale posteriore che ha subìto modificazioni coi mutamenti di posizione, mentre nelle figure di Hegar rimane pressochè immutata. È sempre nel soggetto *B* che si osservano le linee più corrette: la curva, sigmoide nella posizione dorsale e laterale si appiana sensibilmente in quella eretta. Nel soggetto *B* la curva subisce modificazioni più accentuate nel passaggio dal decubito dorsale a quello laterale destro, tantochè da una convessità (anteriore) risulta una concavità della parete posteriore. Questo punto troppo trascurato, dello studio della vagina, merita bene di raccogliere l'attenzione degli osservatori. Così l'altro della forma del perineo, o meglio, segmento retrovaginale del pavimento pelvico, nelle varie posizioni del corpo. Nel soggetto *A* il segmento in discorso è ampio in posizione dorsale, a linee quasi parallele, più assottigliato in posizione eretta, a linee addirittura parallele; poco si modifica questo aspetto nel decubito laterale destro, dove le linee sembrano farsi più ondulate. Le modificazioni nel soggetto *B* sono analoghe, senonchè la forma originaria del perineo è assai diversa: esso è grosso e corto, quasi triangolare con apice alla forchetta in posizione dorsale, le linee si avvicinano, sempre convergendo nella posizione eretta. È notevole che le linee curve della posizione genupettorale sono entrambe deviate

verso il sacro. Le misure che seguono, sono relative allo spessore e alla forma insieme del segmento retrovaginale, costituendo la distanza fra l'estremo superiore dell'asta interna, e il punto più sporgente del segmento detto (dove cade la proiezione):

		A		*B*
Posizione dorsale	cm.	9	. . .	8,5
» eretta	»	8,5	. . .	7,5
» laterale sinistra . .	»	9,8	destra	8
» genupettorale . . .	»	—	. . .	6,7

Queste misure furono raccolte in vista dell'importanza di esse relativamente al perineo, ma oltre tutte le obbiezioni concesse al metodo in generale, esse meritano quelle rivolte alla misura della lunghezza vaginale (1). Difficilmente infatti si può domandare un punto preciso di ritrovo al fornice posteriore, membranoso, per offrire un estremo superiore fisso alla misura della vagina o del segmento retrovaginale, anche se lo spessore della parete sia variabile e talvolta assai forte come nel caso che l'A. Martin (2) ha potuto ritenere ancora fisiologico. Si può invece richiedere da queste cifre un valore più facilmente approssimabile alla lunghezza vaginale che alla dimensione in altezza delle masse di tessuto costituenti il perineo. Come si renderà più ovvio ad intendere per lo studio di altre vagine, fetali, l'altezza e forma del perineo ha un importante significato per la forma della curva genitale.

Non potrebbe finalmente, ritenersi utilmente terminata la considerazione di questi diagrammi senza il confronto con i due elementi che nei tracciati degli autori furono studiati con maggior cura. Voglio dire l'inclinazione vaginale e il tratto di vagina contenuto entro i limiti della pelvi ossea.

Quantunque intimamente connesse dette questioni, non si può negare che l'ultima rappresenti più completamente lo scopo di questi studî. Nel maggior numero dei casi di tracciati appartenenti a feti la vagina compare quale organo per la massima parte intrapelvico, in quello da me praticato (4.°) è contenuto entro la pelvi per 2[3, solo in

---

(1) È utile tuttavia ricercare la lunghezza nella vivente, essendo diversa che nel cadavere secondo Caseaux (Caseaux e Tarnier. « Trattato teor. pr. etc. » citato).

(2) A. Martin, op. cit.

due casi è per metà extrapelvica e in uno maggiormente protudente. In gravidanza si accentua la sua protusione o proiezione fuori del bacino: ad eccezione di un caso (42.°) nel quale si mantiene interna per 2[3 della sua lunghezza, in tutti i rimanenti si può dire pressochè extrapelvica. In condizioni di parto, in 3 casi (43.°, 46.°, 51.°) è al disopra della linea coccipubica da 1[3 a 1[5, negli altri è tutta esterna.

Nel secondamento (50°) è contenuta per 1[4, nel puerperio è al disotto dello stretto inferiore per metà e oltre. Piuttosto che con simili casi è con quelli fuori dello stato di maternità che torna naturale istituire un paragone. Gli stessi sono anche più numerosi.

Confrontando dunque coi casi *A* e *B*, che pure sono fuori dello stato di maternità, con uno sguardo alle figure, riesce evidente che essi appartengono alla serie più numerosa dei casi di vagina intrapelvica per più che metà, specialmente per le posizioni non erette, dove la protusione (proiezione) è minore. Questa proiezione risultante dalla tavola è tuttavia, come fu notato in precedenza (per l'allontanamento degli estremi della lamina), inferiore a quello reale, senza cessare per un'alterazione così lieve, di appartenere alla serie delle vagine intrapelviche per la maggior parte della loro lunghezza. Dalla stessa tavola è facile rilevare un fatto assai importante, che cioè dove la proiezione delle vagine è maggiore (a posizione eretta), anche maggiore è il numero di gradi corrispondente all'angolo di inclinazione, ossia la vagina è meno inclinata. Per quanto ciò sia ovvio ad intendere ed anche a supporsi a priori, credo opportuno richiamare a confronto i tracciati degli autori.

La media della inclinazione nei feti è assai alta in cifra, corrispondente approssimativamente a 80°. A così debole inclinazione la vagina occupa tuttavia una posizione elevata nel catino, tantochè parrebbe compromessa la proposizione sovraespressa sul rapporto tra livello pelvico e inclinazione. Ma è stato già accennato alle rilevanti differenze della situazione di genitali nella vita fetale e in quella adulta. Di tali differenze di rapporti e anche di forma degli organi che saranno altrove riprese in considerazione a proposito di altri esemplari fetali e di bambine, si può intanto raccogliere un'immagine chiara nel tracciato 9.° che mi appartiene e nella descrizione relativa.

Oltrecciò, come i casi in istato di maternità, i feti furono esclusi dal paragone con i casi *A*, *B*. Rispetto però alla gravidanza sta il

fatto che la inclinazione è ordinariamente scarsa (corrispondendo all'alta cifra di 60°, in media) e il livello della vagina, basso. Nel tracciato 42.°, di massima inclinazione (30°) la vagina è per 2[3 entro al catino, mentre a 77.° (40°) è tutta esterna. La eccezione 47.° con 7° di inclinazione (anteriore) e vagina esterna è solo apparente, perchè la direzione della vagina è addirittura invertita. La proposizione dunque è confermata. Anche nei tracciati del parto la vagina mostra chiaramente una tendenza ad abbassarsi, intanto che si raddrizza. Come fu detto a proposito del tracciato 48.° la inclinazione media nel periodo espulsivo, può ritenersi compreso tra 70° e 80°

In un caso solo di secondamento con inclinazione di 62° la vagina è contenuta per 1[4 nella pelvi. Del resto nel puerperio con modificazioni opposte della inclinazione si verifica ancora la legge enunciata, giacchè intanto che la vagina torna a inclinarsi, riprende anche un cammino ascendente, rientra nel catino: a 50° di inclinazione essa è per metà entro lo scavo (49°), a 45° è divenuta interna per oltre la metà (53°). Dunque sotto così svariate influenze fisiologiche, è mantenuto il rapporto tra inclinazione e livello vaginale, rispetto al bacino. Esaminando i casi fuori della condizione di maternità, si può distinguerli in 4 serie, secondo il diverso grado di proiezione della vagina: esse corrispondono: a casi numerosi dove la vagina proemina in totalità, o quasi, dalla pelvi, a casi dove sporge per metà, ad altri in cui il tratto di vagina, contenuta nel bacino, non supera da 1[3 da 1[6 della lunghezza totale, ed altri finalmente in cui il tratto in discorso oscilla tra 2[3 e 4[5 della lunghezza totale. Ora i casi ultimi non raggiungono sul totale una proporzione superiore a 26 0[0. In ogni altro caso la vagina sporge di più mantenendo così la proposizione di Frankenauser rispetto alla posizione della vagina nell'adulta. Per quanto concerne la inclinazione, anche qui alla prima serie accennata corrispondono inclinazioni scarse, indicate da cifre tutte superiori a 54°, nella seconda categoria le inclinazioni superano 40°. Nelle serie successive sembra mancare, a dir vero, una così completa corrispondenza tra inclinazione e sporgenza, sopratutto pel tracciato 20°, dove con 60° di inclinazione vaginale, la vagina è contenuta per ben 2[3 nel catino. Ma il tracciato è appunto quello di Kolrausch, in cui la vagina è spostata pel riempimento del retto e della vescica. Appena può citarsi come altra eccezione il tracciato 26.°, lo schema-tipo di Ruge

dove ad una inclinazione accentuata di 28° corrisponde una vagina extrapelvica per 5[6, allontanandosi dalle linee generali consegnate dall'osservazione di tutti gli spaccati per congelazione.

Rimane dunque assodato, rispetto all'età adulta, il rapporto o proporzione inversa tra inclinazione e proiezione vaginale, costante, per i tracciati degli autori come per i diagrammi sulla vivente. Così, per brevità, può designarsi l'angolo di inclinazione in condizioni normali 35°-40°, come l'indice della proiezione vaginale allo stesso modo che lo spessore massimo delle parti molli extrapelviche per la proiezione del pavimento pelvico.

Studio intorno alla superfice del canale vaginale.

Non è a dubitare che interessi nell'argomento dei setti vaginali, lo studio della superficie interna delle vagine fetali e della prima età, dopochè ad esse meglio che a vagine adulte è naturale domandare modo a chiarire il punto discusso della origine congenita dei setti stessi. I vantaggi che si potrebbero ricavare dall'esame di pezzi freschi, la possibilità sovratutto di osservare il contenuto del lume, immutato, non sono paragonabili a quelli di pezzi induriti convenientemente, dove si evita di strappare sottili eventuali aderenze, è permessa un' osservazione accurata della superfice interna, della forma della cavità, a permanenza, e, dentro certi limiti, anche della curva vaginale. La vagina insieme coi rimanenti genitali, vescica e retto, venne costantemente estratta dal cadavere, colla resezione di un tratto di arco pubico, previa incisione e sollevamento della parete addominale a livello del pube e incisione attorno alla vulva e ano, distacco successivo mediante forbici. Indurimento, ulteriormente, col liquido di Müller, meno spesso alcool, disponendo gli organi in giacitura laterale su cotone, per ovviare, al possibile, alle sfavorevoli influenze sulla curvatura naturale, date dal mancato sostegno della vagina nei rapporti intrapelvici. I pezzi, normali all'esame sommario, appartengono a feti prematuri e a termine, e a bambini di varii mesi di età, nessuno dei quali tocca l'anno. Così preparati i genitali, previo disegno dell'insieme, venivano prese misure fatte le incisioni, longitudinali lungo la parete posteriore (dal fondo uterino alla commessura posteriore vulvare), per lo studio della curva e delle creste (mantenendo divaricate le pareti con

un compasso ad articolazione suscettibile di fissazione) e trasversali, ossia rigorosamente perpendicolari all' asse del tratto corrispondente di vagina, con un coltello da microtomo. Le incisioni longitudinali venivano continuate sulla parete anteriore, comprendendo la vescica. Nei pezzi 1.°, 2.°, 12.° della tavola seguente i tagli furono esclusivamente trasversali, altrove furono anche praticate sezioni trasverse riadattando le due metà. I livelli delle sezioni trasverse furono costantemente misurati. Questi preparati, fuori bacino, non possono recare alcun dato sopra le proiezioni vaginale e pelvica, tanto meno delle stesse in rapporto alla situazione del feto nell' utero, alla presentazione, ecc. Essi non consentono neanche di riferire sempre sopra il livello dello sfondato posteriore. Però una conclusione possibile e semplice è quella che si ricava da uno sguardo alle sezioni e che serve a connettere gli studî attuali ai precedenti, vale a dire che il perineo è sensibilmente meno inclinato e largo che nell'adulta ed ha figura solo lontanamente triangolare, più spesso di quadrangolo coi lati lunghi verticali. Questo rende la vagina meno curva e meno inclinata che nella adulta. La curva generale, a concavità anteriore, dei genitali, è conseguenza dello sviluppo e designata, secondo Nagel (1) fino dallo stadio di tubi di Müller, accentuandosi, avanti la distinzione di utero e vagina, fino a costituire un arco con centro al disopra della sinfisi pubica, che forma poi due angoli a livello degli orifici dell'utero. Per quanto si può dire della curva in questi preparati e meglio nei tracciati fetali sopradescritti, essa è molto debole e ben lungi dal ripetere la forma doppiamente sigmoidea dell'adulta, nella parete posteriore. Nell'adulta la parete anteriore, nonostante il contatto con la precedente, fu potuta ritenere rettilinea, perchè più breve, corrispondente al tratto mediano meno curvo, mentre mancano le flessioni più marcate ai due estremi uterino e vulvare. Simile condizione è specialmente accentuata nella tenera età dove l'angolo utero-vaginale è molto ottuso e spiccatamente sensibile la differenza di lunghezza della parete vulvare anter. e posteriore, che già nell'adulta supera 1 cm. in vantaggio della prima (Sappey) compensando la corrispondente brevità vaginale. Anche nell'adulta la curva vaginale è in rapporto nel tratto superiore col retto (Piersol).

Si può ritenere dunque a priori, come già risulta dai preparati,

---

(1) W. Nagel, l. cit.

che tali rapporti della vagina col retto siano più estesi nel feto, grazie alla forma descritta, del perineo. Mentre è stata bene riconosciuta la parte rappresentata dagli organi pelvici anteriori nella situazione fetale della vagina, dagli autori, credo che troppo scarsa importanza sia stata attribuita al retto. Intanto può notarsi nei tracciati, la costante distensione del retto per meconio, che nello spaccato 9.°, da me eseguito, potè giungere al punto da portare in avanti tutto l'asse genitale e renderlo pressochè rettilineo. I rapporti, dunque, col perineo e retto in uno colla forma diritta del sacro, sono certamente di grande rilievo nel significato da attribuire ai tracciati di feti o bambine. Già per i fatti descritti si può intendere come la vagina debba presentare, oltre che una inclinazione, anche una figura di curva differente che nell'adulta. In questa, essendosi già modificate le condizioni del segmento anteriore del pavimento pelvico (antevaginale), il segmento posteriore o retrovaginale, ha assunto intera la sua importanza di sostegno degli organi pelvici. Simili modificazioni, per l'intimità dei rapporti, debbono venir risentiti dalla vagina più presto che da altri organi. Tutto ciò dà ragione della curva vaginale adulta. Colla inclinazione dell'utero (più accentuata), va di pari passo quella della linea di fornice posteriore (la linea che indica il contatto intero della parete vaginale posteriore colla portio), costituendo la concavità superiore. La funzione di sostegno del segmento sacrale è bene rappresentata nella convessità che segue (curva media) e molto accentuata nella figura citata di Hart. La curva inferiore, concava in avanti, della vagina, è in rapporto colla orientazione vulvare, e necessariamente anche collo stato di integrità o di alterazione della linea anteriore del perineo (modificazioni nel coito, parto, ecc.). Queste condizioni sono assolute e non soffrono modificazioni che nel caso di forti mutamenti della vescica e retto, poggiando dunque su di esse le curve dette, le stesse possono dirsi normali e stabili entro limiti larghi. È facile ora comprendere i risultati delle preparazioni, esposti nella tavola seguente, cui furono aggiunti quelli provenienti da animali, per lo studio comparato delle creste vaginali. Nei casi favorevoli fu preso in esame anche l'utero, dove, per due volte, si trovò invertita la disposizione delle colonne cervicali, indicata da Guyon (1). Gli elementi complessi esaminati, permettono a questa Tavola il titolo di:

---

(1) Guyon. « Des cavités de l'utérus à l'état de vacuité. » Thèse de Paris, 1858.

TAVOLA RIASSUNTIVA DELLO STUDIO DEI PREPARATI DI GENITALI INDURITI.

Num. del caso	Misure in millimetri dei genitali	Profondità della vulva e imene	Curvature e colonne vaginali	Creste e adiacenze dell'imene	Forma del lume vaginale e uterino
1	Lunghezza della vagina 30. Distanza delle commessure vulvari 20. Ninfe lunghe 13.5, spesse 3. Larghezza del cuneus 21. Profondità dello sfondato anter., dal culmine vescicale 30, sfondato posteriore, dal fondo uterino 26. Utero 21. Tromba destra 28. Tromba sin. 27.5. Altezza delle pliche peritoneali dello sfondato ant.: a destra 5, a sin. 4.	Imene anulare. Parete vulvare anteriore 8.	La curvatura inferiore del canale genitale ha il suo angolo più sporgente a livello del tratto immediatamente super. all'imene.	Il punto più sporgente dell'imene in sezione trasversale, dista dall'uretra 7 mm.	La forma del lume è rappresentata dalla fig. 4.ª, tav. I. Lo spessore rispettivo delle 7 sezioni vaginali corrisponde, cominciando dalla vulva, a mm. 12, 9, 3, 2, 5, 3, 3, e per le sezioni sull'utero, a 5, 4, 5, ecc. La gamba trasversale del secondo taglio misura 1 mm., la distanza delle gambe posteriori nel terzo è 4, 5. I tagli sono condotti secondo piani paralleli alla corda dell'arco descritto dalla convessità della vulva in senso antero-posteriore.
2	Distanza delle commessure vulvari 20. Larghezza del cuneus 18. Divaricamento delle gr. labbra in alto 5.5, in basso 2. Sfondato ant., dal culmine vescicale 30.5, dal fondo uterino 15. Le ninfe sono appariscenti tra le gr. labbra per 16. Lunghezza della vagina 33. Tromba destra 22. Tromba sin. 24.5. I solchi laterali alla vulva misurano 12.5.	Imene semilunare con 3 sporgenze nell'orlo. Altezza dalle ninfe all'imene 11.	Il cuneus descrive una curvatura, accentuata principalmente all'unione del suo terzo medio col post.	Dal lume vaginale si prolungano 6 pieghe longitudinali sull'imene.	Fig. 5, tav. I. I tagli trasversi sono condotti a 7 mm. dall'angolo vulvare, parallelamente al piano ant. della vulva, con altezze rispettive di 4, 4, 3.5, 3, 3, 2.5, 4, 5, 4 fino al fornice posteriore. Il secondo taglio riesce un po' obliquo verso il basso a destra. Il diametro antero-posteriore della fessura vaginale nei tagli inferiori è 6, 6: quello della fessura nei tagli successivi, trasversale è 12.5, 12.5, 11.5, 11, 13.5.

Num. del caso	Misure in millimetri dei genitali	Profondità della vulva e imene	Curvature e colonne vaginali	Creste e adiacenze dell'imene	Forma del lume vaginale e uterino
3	Parete vaginale anter. 18.5, post. 20, fino a livello del collo uterino (punto più basso) di dove si prolungano una linea forn. post. di 8 e una ant. di 7.5, leggermente concave verso lo interno e divaricate al loro estremo per 10. Cavo uterino 22.5. Vulva 18. Divaricamento delle gr. labbra, in alto 5. Ninfe lunghe 13, alte 5.5. Sfondato anter. (dall'utero) 12, (dalla vescica) 30.5. Sfondato post. dall'utero 32. Tromba destra 28. Tromba sin. 26.	Parete vulvare ant. 7.5. La post. non è apprezzabile. Le misure sono calcolate colle ninfe.	La colonna vaginale ant. è ampia, biforcata in basso, lunga 26 mm. La colonna post. è 34. Le colonne laterali sono separate dalle precedenti per profondi solchi. Quella sin. si fonde però in alto colla colonna ant. Nei solchi che appaiono solo nella metà infer. si notano creste a reticolo (a sin.), oblique (a destra). La colonna post. è deviata verso sin., l'ant. a destra (all'opposto che nell'utero).	Nella parte alta per un tratto di 9 mm. è possibile un ingranamento delle creste opposte ant. e post. In basso non è possibile alcun combaciamento per la forma e direzione delle stesse. La direzione delle creste nei lati è obliqua in senso opposto, verso il basso a sin., verso l'alto a destra e dall'avanti all'indietro. In altri termini è una direzione a spirale. Nelle vicinanze dell'imene si offrono piccole pieghe longitudinali dipendenze di grandi pieghe che terminano su di esso riunendosi a festoni. Le creste sulle colonne sono frequentemente interrotte da solchi assumendo le sporgenze, la forma di tubercoli.	Fig. 6, tav. I. Un taglio trasverso sulle due metà riunite dello spaccato longitudinale, da un H, la cui gamba trasversale misura 5 mm. e convessa verso l'uretra. Il taglio cade perpendicolarmente all'asse vaginale, alla sua metà.
4	Parete vaginale ant. 22, poster. 32 (fino al collo uterino), linee dei fornici post. 7.4, ant. 4.5. Vulva lunga 22.5, largh. del cuneus 18. Ninfe lunghe 17. Sfondato ant. 15 (dall'utero), 34 (dalla vescica). Sfondato post. 26. Uretra lunga 16.5, arriva fino a 6 sotto il livello del fornice ant., dista 5 in alto 2.5 in basso dalla vagina. (Il tessuto sottoposto allo sfondato ant. è lasso fino a livello dell'uretra, dopo il quale è stipato). Tromba destra 28, tromba sin. 35.	Le ninfe sono nascoste entro le gr. labbra fino alla profondita di 4 mm. L'imene anulare è profondo ancora 5 mm.; e manda un prolungamento valvolare lanceolato davanti al meato uretrale. Il lembo imeniale è largo in media 2.5 mm.	La colonna ant. è ampia, biforcata in basso con un ramo più lungo a destra. E' limitata da solchi deboli ai lati, la sua superfice non è a creste ma a tubercoli. In alto le creste si prolungano sui lati partendo dalla colonna detta, in forma di fasci che si congiungono alle rispettive colonne laterali, colmando i solchi.	Le creste nei solchi più profondi trasversali, sono riunite da rilievi longitudinali, come barbe di penna. Per un tratto di circa 5 mm. sopra l'imene, le pieghe sono longitudinali e riunite a festoni. L'imene è liscio nella faccia esterna, ma il vestibolo contiene ancora pliche longitudinali. In alto le creste sono rare eccetto che nel fornice ant. e sulla porzio dove si disegnano creste trasverse che si ingranano a vicenda. Questa vagina è un esemplare dimostrativo della distinzione in 3 regioni	Fig. 7, tav. I. In una sezione perpendicolare all'asse, verso la metà della vagina, si osserva a sinistra la mancanza di colonna laterale. La gamba trasversa misura 5.5 mm. Così il lume assume la forma della lettera T rovesciata di fianco.

Num. del caso	Misure in millimetri dei genitali	Profondità della vulva e imene	Curvature e colonne vaginali	Creste e adiacenze dell'imene	Forma del lume vaginale e uterino
				delle creste: sup. liscia, media a creste trasversali, inf. a creste longitudinali. Le creste principali della parete post. sono in numero di 30, quelle anteriori 17 e sono disposte a spirale come nel caso precedente.	
5	Parete vaginale ant. 26, poster. 28. Linee dei fornici, ant. 4, post. 5,5. Ninfe lunghe 11. Utero 23. Tromba destra 28, tromba sin. 26.	Parete vulvare anter. 10 mm. (le ninfe, sporgono dalle gr. labbra). Imene anulare, a lembi larghi in media 1,5 mm.	La colonna anter. è ampia, biforcata in basso per un tratto notevole. Molto distinta anche la colonna post. che raggiunge un livello assai elevato. Due grandi creste longitudinali laterali dal lato destro, discendono per fondersi in basso alla colonna ant., senza toccare l'imene. In alto si riuniscono in un fascio breve che si avvicina nuovamente colla colonna anteriore. Nella metà inferiore del lato sin. una colonna rudimentale emana brevi pieghe trasversali e altre maggiori longitudinali. La curva generale della vagina è accentuatamente sigmoidea (artificiale?).	Le creste sono spesse in media 1|2 mm. dirette sensibilmente a spirale nello stesso senso delle precedenti. L'imene è liscio nella faccia superiore, inferiormente le solite pieghe longitudinali.	A livello delle grandi sporgenze (colonne laterali), la forma del lume è irregolarmente stellata. Più in alto è concava verso la vagina. Fig. 8, tav. I.
6	Parete vaginale post. 35, ant. 32,5. Linee dei fornici, poster. 10, ant. 5,5. La vescica arriva in basso fino 14 sotto il livello del fornice ant., dove termina anche il tessuto lasso retrovescicale. Uretra parallela alla vagina, da cui dista 5,5. Larghezza della vagina in alto	Parete vulvare, dall'angolo delle ninfe 9, dalla forchetta 2. Le ninfe sono allo stesso livello delle gr. labbra. Imene anulare, sporgente, largo 2 mm.	La colonna ant. sporge per 1|2 mm. dalla parete a livello del muso di tinca, è deviata a destra, mentre quella post. esilissima è deviata a sin. La colonna ant. è divisa in due fasci da un solco obliquo profondo, da destra in alto a sin. in basso. Una colonna	Creste aguzze spesse fino a 1 mm. alla base e sporgenti fino a 2 mm. disposte a spirale nella solita direzione. Le terminazioni delle colonne sull'imene gli danno apparenza frangiata. Sotto l'imene le pieghe longitudinali. Le creste dei fornici si incrociano con	Il lume vaginale ha una figura stellata nella regione bassa, ad H con asta intermedia molto lunga, a meta, e gambe laterali ripiegate a concavità esterna (il seno maggiore è in avanti verso l'uretra). Sotto i fornici è curvo a concavità anteriore. La sede delle co-

Num. del caso	Misure in millimetri dei genitali	Profondità della vulva e imene	Curvature e colonne vaginali	Creste e adiacenze dell'imene	Forma del lume vaginale e uterino
	26, in basso 19 (in circonferenza). Vulva 16,5, ninfe 13, utero 24). Tromba destra 32, tromba sin. 27,5.		laterale sin. è interrotta a metà per continuare in basso sull'imene. A destra una piccola colonna che si divide in 3 in vicinanza dell'imene, con sottili pieghe interposte e trasversali.	quelle della porzio disposte a raggio attorno all'orificio. Le pieghe più grosse sono in alto nella regione dei fornici.	lonne nel lume cervicale è invertita.
7	Vagina fino a livello dell'utero 18. Linee fornicali anter. 4, poster. 7. Utero 22. Tromba destra 26, tromba sin. 37, vulva 20. Larghezza del cuneus 19,5. Sfondato anter. 12,5 (dall'utero), 30 (dalla vescica). Sfondato post. 26. L'uretra comincia a 2 sotto il livello del fornice anter. Il tessuto lasso continua 2 ancora sotto questo livello.	Parete vulvare anter. 15 mm. Le ninfe sono nascoste fine a 7 mm. di profondità tra le gr. labbra. L'imene è semilunare.	Colonna anter. separata in basso da un solco obliquo profondo, in modo da costituire una colonna triangolare verso sinistra. La profondità del solco contiene creste oblique. La colonna post. è appena accennata.	Le creste sono molto esili e vanno assottigliandosi ancora verso l'alto tanto che i fornici sono lisci (tipo adulto). La disposizione spirale non è accennata che dalla obliquità delle colonne. A destra 5 creste longitudinali arrivano all'imene.	Fig. 10, tav. I. Il lume vaginale irregolarmente stellato in basso è figurato come fessura trasversale ramificata alla parte media, e concavo in alto verso l'avanti.
8	Vulva 21. Larghezza del cuneus 21. Ninfe 13. Sfondato ant. 23, post. 39. Vescica 40. Il tessuto lasso retrovescicale arriva a livello del fornice ant., mentre la vescica discende più basso e dista 7 dalla vagina.	Parete vulvare anter. 15 mm. Le ninfe sono a livello delle gr. labbra. Lembo imeniale largo 2 1/2 mm. L'imene incrocia col suo piano così obliquamente l'asse vulvare da trovarsi verticale, tenendo le ninfe orizzontali.	La colonna ant. è deviata a destra. la post. a sin. La colonna anter. è ampia triangolare con apice in basso, solcata a rete. Le creste dirimpetto non si continuano senza incrociarsi per tratti più lunghi di 4 mm. Nella metà inferiore del lume vaginale si notano due colonne laterali destre e due sinistre, decorrenti obliquamente.	La forma dominante delle creste è la reticolata, meno in alto dove sono più grosse alla base e più aguzze all'orlo, e dove probabilmente si ingranano. In tale regione sono anche più stipate e sporgono fino a 2 mm. In media si contano 31 pieghe principali. Sono disposte a spirale nella solita direzione. Sull'imene, a sinistra, terminano 5 creste, longitudinali, a destra si riuniscono a festoni e mandano poi propaggini all'imene. Questo ultimo inferiormente non è liscio ma solcato con pieghe longitudinali che continuano in basso.	Il lume vaginale nel suo tratto inferiore rappresenta una grande lettera H rovesciata di lato.

Num. del caso	Misure in millimetri dei genitali	Profondità della vulva e imene	Curvature e colonne vaginali	Creste e adiacenze dell'imene	Forma del lume vaginale e uterino
9	Parete vaginale poster. 41, ant. 32. La larghezza totale della vagina a metà è 27, verso i fornici 32. Tromba destra 46, tromba sin. 45. Utero 27,5.	Il lembo imeniale è largo 3 mm. a sin., 1,5 a destra. L'imene è semilunare.	Non esiste colonna laterale destra, e a sinistra solo una linea sporgente come cresta costituente la linea di incontro a creste sui lati. Sulle colonne dominano le creste. In basso si hanno creste longitudinali più fitte e lunghe a destra che a sinistra.	Le creste seguono la solita direzione a spirale, prevalgono in alto, salvo nella regione dei fornici (il muso di tinca è mammellonato). A destra prevalgono creste aguzze, imbricate, a sin. tubercoli. Si contano 31 creste principali sulla colonna post., 28 nell'ant. che fornisce una gronda per ricevere la porzio. Sotto l'imene da ambi i lati nelle ninfe si notano 2 regioni simmetriche, triangolari, rilevate come altipiani con lati massimi di 8,5 mm., visibili per intero, respingendo l'imene, percorse da pieghe longitudinali continuanti quelle esterne dell'imene.	Fig. 11, tav. I. All'apertura del fornice posteriore, con forbici, fuoriesce un turacciolo di muco tenace del collo. Nulla di notevole nel lume rimanente.
10	Parete vaginale poster. 34, ant. 28.	Lembo imeniale largo 2 mm. Parete vulvare ant. 14 mm. Ninfe a livello delle gr. labbra.	La colonna post. è marcata, sono però più sviluppate le colonne laterali, specialmente la sin.	Le creste longitudinali della regione inferiore della vagina, sono poco regolari. L'imene è liscio inferiormente ma esistono le pieghe longitudinali vulvari.	Nulla di notevole nel lume vaginale, ad eccezione della figura ad S, nella regione media.
11	Parete vaginale post. 27,5 e linea fornicale 11,5. Parete vag. ant. 20 e linea fornicale 7,5. Utero 41. Tuba destra 37, tuba sin. 40.	Parete vulvare anter. 15 mm. Le ninfe non sono a livello delle gr. labbra, lembo imeniale largo 2,5.	La colonna ant. assai sviluppata, forma una nicchia al labbro uterino ant., le colonne laterali sono rappresentate a destra da creste oblique, a sin. da una linea di incontro delle creste trasversali.	La disposizione spirale delle creste nel solito senso è spiccata ovunque. Nel lato sin. molte creste si biforcano. La direzione, forma e spessore delle creste dirimpetto permettono loro appena di ingranarsi in alto. L'imene inferiormente è liscio, ma di sotto esistono pieghe longitudinali.	Fig. 12, tav. I. È distintissimo e tipico il passaggio dalla forma di H superiore a quello inferiore (H rovesciato di lato). Tale mutamento di figura del lume avviene ad 8 mm. sopra l'imene, con una forma analoga ad una lettera X. Il pezzo appartiene ad una neonata di 3400 gr. di peso e 10 cm. di biparietale.

Num. del caso	Misure in millimetri dei genitali	Profondità della vulva e imene	Curvature e colonne vaginali	Creste e adiacenze dell'imene	Forma del lume vaginale e uterino
12	Vagina 14,5. Vulva 10,5, divaricata la fessura dalle ninfe per un prepuzio di 5 X 4 e labbra di 2 terminanti a metà delle gr. labbra che sono spesse 4. Sfondato ant. 7,5 (dall'utero), 9,5 (dalla vescica). La vescica è larga all'inserzione delle a. ombel. 8. Distanza del fondo uterino al perineo 30. Tromba sin. 9, tromba destra 8.	Parete vulvare anter. 5.	La curva del canale genitale comincia presso la vulva (3.ª sezione). Tutto il tratto superiore, compresa la vescica, è rettilineo.	Nelle sezioni più alte appaiono distintamente colonne e creste. L'imene è distinto come il futuro lume sul campo epitelliale centrale.	Furono praticate 11 sezioni trasverse cominciando a 5 mm. dalla convessità delle gr. labbra, e con le altezze rispettive di mm. 3, 3,5, 3, 3,5, 2,5, 3,5, 2, 1,5, 2 (la quarta sezione ha facce un po' convergenti in avanti. I diametri delle sezioni corrispondenti misurano: 1.ª 3 X 5, 2.ª 4 X 5, 3.ª 5 X 5, 4.ª 5,5 X 4,5, 5.ª 4,5 X 7, 6.ª 4 X 6, 7.ª 6 X 4, 8.ª 6 X 4, 9.ª 6 X 2,5, 10.ª 5,5 X 2, 11.ª 5 X 15. La vescica nel suo mezzo conta da 6 a 8 pieghe longitudinali principali. La vagina è atresica per quasi tutta la sua lunghezza, cioè fino all'altezza dell' 8.ª sezione. Le linee del futuro lume, bene appariscenti ripetono la forma descritta degli H diritto e rovesciato di lato. Questo ultimo (figura del lume inferiore) arriva in alto, oltre la 3.ª sezione. Il lume uterino è come alla fig. VI. Le masse epiteliali centrali della vagina, destinate al distacco, sono più grigie e molli che quelle periferiche. Il feto conta approssimativamente 5 mesi di età.
13	Lunghezza dei genitali dalla commessura vulvare post. al fondo uterino 22. Detto fondo ha aspetto bicorne; misura 4-5. Vulva lunga circa 8.	—	—	—	Vagina atresica. Il campo epiteliale misura in media 6 X 4 mm. Feto lungo 27,2 cm. V. avanti, descrizione istologica e fig. 1.ª, tav. III.

Num. del caso	Misure in millimetri dei genitali	Profondità della vulva e imene	Curvature e colonne vaginali	Creste e adiacenze dell'imene	Forma del lume vaginale e uterino
14	Lunghezza dei genitali, dalla vulva al fondo ut. 12,5.	—	—	—	Lunghezza totale del corpo 15,9 cm. V. idem.
15	*Genitali fetali di pecora.* Vagina colle ninfe 22. Utero (fino alla biforcazione) 12,5. Corni 11. Distanza dell'ano all'introito 2. Tromba destra 7 (assai contorta).	—	Non esistono vere e distinte colonne vaginali. Nella parte infer. più ristretta (un terzo circa), esistono creste longitudinali, fino allo introito. Nel collo esistono per un tratto di 6 mm. 5 setti o anelli trasversali, spessi da 1 a 5 mm., che differenziano dalle pieghe vaginali, perchè sono più spesse all'orlo che alla base.	Nella vagina di pecora sono tipicamente delimitate 3 regioni, corrispondenti a 1/3 circa della lunghezza vaginale: una regione superiore liscia, una media (10 mm.) che è la maggiore, a creste regolarmente trasverse, una inferiore già descritta, a creste longitudinali.	—
16	*Genitali di vitella giovane.* Vagina 115. Utero fino alla biforcazione 55. Corni 51.	La vulva è stata asportata.	La vagina è a creste longitudinali che continuano nel collo uterino dove sono interrotte da profondi solche trasversali costituenti 4 setti il cui orlo ricorda quello di una ruota dentata. Nei corni la superfice è a bitorzoli.	—	—

Per quanto, sopra risultati di indurimenti praticati fuori dei rapporti pelvici, non debbano fondarsi conclusioni assolute, rispetto alle curve, tuttavia essi offrono sufficente accordo coi tracciati per affermare che nel canal genitale fetale e infantile è confermata una curva generale colla concavità anteriore, tanto meno accentuata quanto più tenera l'età. La curva continua dall' utero al canal vulvare, evidente in qualche caso allo estremo vaginale superiore (secondo la inclinazione uterina), sempre a quello inferiore, per guadagnare l' asse del canal vulvare, quasi orizzontale (scarpa di Henle). La curva vaginale fetale può subire oscillazioni fisiologiche, che furono dimostrate nei tracciati, così in quello IX sopratutto rispetto al retto. Quanto alla vescica e uretra, i loro rapporti di tessuto unitivo stipato colla parete vaginale anteriore, furono visti cessare costantemente sotto il livello del fornice anteriore (specialmente i casi 4.°, 6.°, 7.°), ad eccezione del caso 8.°, nel quale mentre discende la vescica sotto il fornice, il tessuto fitto connettivale si prolunga più in alto. In tutti gli altri casi un tessuto unitivo lasso comincia anche sotto il livello della vescica, a dimostrare rapporti meno estesi forse di quelli, finora supposti, cogli organi anteriori alla vagina.

Importanti considerazioni scaturiscono dalla osservazione del lume vaginale: mentre Henle indicò, con un felice paragone, che il rapporto delle pareti del tratto infimo del canale vulvo-vaginale, muta sostanzialmente da quello delle pareti alte, da anteroposteriore facendosi laterale, qui il mutamento si verifica ad un livello più elevato. Vale a dire che le pareti vaginali distinte in anteriore e posteriore pel tratto superiore della vagina, cominciano per tempo ad assumere la direzione delle pareti vulvari, diventando cioè laterali (1). A questo proposito sono anzitutto da osservare le varietà di forma del lume vaginale; mentre i casi 3.°, 6.°, 11.°, 12.° presentano la caratteristica forma di H in sezione di vagina chiusa nella parte media, appartenendo ad età differenti (il 12.° appartiene ad un feto di 5 mesi), nel 1.° dopo un lontano accenno alla figura di H o piuttosto di X, si passa alla figura ondulata che tanto più si allarga quanto più si va in alto. La primitiva

(1) Nella tavola è citata una parete vulvare anteriore, per indicare la distanza dalla commessura delle grandi o piccole labbra al fondo della vulva, ma le pareti principali che individualizzano il canale, sono determinate come sopra.

figura cioè va degradando per successive ramificazioni laterali corrispondenti a pieghe longitudinali. Nel caso 2.°, dopo una figura irregolarmente stellata a 6 pieghe, a livello di 3-5 mm. sopra l'imene, si passa ad una figura sigmoide con massima concavità attorno l'uretra, solo 3 mm. più alto, disposizione meglio accentuata più in alto (85 mm.), per diventare poscia una fessura pressochè rettilinea. Al livello del fornice posteriore, comprendente anche una zona trasparente che appartiene ai limiti estremi dello sfondato anteriore, la linea diventa regolarmente concava in avanti. La figura sigmoide fu, del resto, rilevata anche nei feti di Tourneux e Legay (1) per le zone più elevate della vagina, prevalendo in basso forme a T e finalmente forme circolari nei feti del 4.° mese lunare. Nel 4.° caso la figura di H è rappresentata in maniera rudimentale, tanto che ricorda piuttosto una lettera T rovesciata di lato con l'estremo lungo a sinistra, ciò che dimostra la mancanza di colonne o di pieghe longitudinali in questo lato. Dominando le concavità dal lato dell'uretra in tutte le disposizioni osservate, tantochè si ha un vero ferro di cavallo nel caso 5.°, è anche vero però che le ramificazioni sono dal lato anteriore e concavo. Nel caso 7.° si ha una vera fessura ramificata, semilunare nella parte alta, ondulata nel 10.°.

Quanto può rilevarsi di comune in tutti i casi esaminati è questo: che la vagina è in rapporto per la massima parte con uretra e perineo, mentre nell'adulta tali limiti discendono più basso e si trovano invasi dalla vescica specialmente (circa a metà vagina). Per la minore estensione, adunque, di influenze deformatrici della vagina nel feto, è da credere che la forma della vagina fetale sia, in massima parte, prestabilita e, come tale, probabilmente fondata sugli elementi colonnari.

Nonostante le varietà accennate, la fessura vaginale fetale può essere ricondotta a un tipo unico che assume tre forme a diversi livelli della vagina stessa. La forma del livello inferiore fu già descritta come un'H rovesciata di lato, tantochè l'asta intermedia si fa anteroposteriore, quella del livello superiore è l'H di Henle, nella disposizione naturale. Ciò che è sopratutto importante ad osservarsi è il passaggio o forma intermedia che si trova tipicamente rappresentato nella vagina XI, di

---

(1) Tourneux et Legay. Loco cit.

neonata, e può essere studiata anche nella XII. Tale passaggio avviene insensibilmente a spese dell'asta mediana degli H che si restringe fino ad abolirsi. Questo fatto, oltre che per la osservazione diretta dei tagli, può essere stabilito geometricamente: infatti la figura X, è l'unica figura possibile, intermedia ai due H, dove si fa la trasformazione senza perdere la continuità delle aste esterne, vale a dire, dove, abolita l'asta mediana, si fa campo all'avvicinamento delle aste esteriori, limitando 4 angoli eguali, dei quali prevarranno i due laterali o quello anteriore e il posteriore secondo che si considera la direzione verso la vulva o verso l'utero.

L'H superiore (uterino) e quello inferiore (vulvare), concorrono dunque nella stessa misura alla formazione della X intermedia. Ma dove si verifica, precisamente, questa trasformazione, ossia quale è il livello della « necessaria » figura X? Nel caso tipico 11.°, di neonata, l'asta mediana dell'H superiore misura 4-5 mm., quella dell'H inferiore, più breve, 4 mm.; tali misure sono ridotte al minimo, ossia il mutamento di figura, la X, si trova a 8 mm. sopra l'imene, vale a dire circa al limite tra il terzo inferiore e il medio, di questa vagina. Nel caso 12.° di feto al 5.° mese, compiuto il livello del mutamento è a oltre 6-5 mm. sull'imene, cioè in un tratto appartenente già al terzo medio, e nel tratto verticale della vagina (cioè oltrepassato l'angolo inferiore di curvatura).

Questo differente livello della regione di transazione della figura compressa nei lati, a quella compressa in direzione sagittale, sembra dunque corrispondere all'età; ed anche per gli altri esemplari è confermato che esso è tanto più altolocato, quanto meno avanzata la età fetale. In un caso solo (2.°) pare veramente mancare la normale compressione laterale del lume, perchè la massima parte delle figure dei tagli trasversali, sono fessure dirette secondo i piani coronali. Però già sopra il livello dell'imene, nelle sezioni più basse si viene accentuando una disposizione in forme stellate irregolari, dove i diametri principali, il sagittale e quello che congiunge i lati, sono uguali (mm. 6 × 6) fino ad una sezione dove quest'ultimo diametro misura 4 mm. a confronto di quello sagittale che ne misura 6. Salvo intanto questo caso, dove la forma del lume ha caratteri rudimentali, in tutti i rimanenti è accennata la forma ad H diritto e rovesciato di lato dei due segmenti vaginali, a dimostrare che tale disposizione non è

propria solo dell'adulta, contrariamente a quanto Barnes (1) aveva affermato.

Questi sono i risultati dei tagli trasversali. Coi tagli longitudinali, oltre le curve della vagina, longitudinali, già discusse, si ricavano altri dati importanti, da connettere ai precedenti, rispetto alle sporgenze della superficie interna vaginale, che Henle (2) descrisse già minutamente nell'adulta. È sopratutto da rilevare l'esistenza delle sporgenze o colonne laterali, tracciate, ove più ove meno, in tutto il tratto laterale della parete vaginale, costante almeno nel periodo fetale. Esse debbono, al sicuro, spiegare una notevole influenza nelle deviazioni laterali della vagina e nella forma del lume, specialmente inferiore, che non pare dunque dovuta a solo appiattimento per conto degli organi muscolari e vascolari così importanti che circondano la vagina in questo tratto. Col criterio delle impronte di costrizione dell'elevatore dell'ano su cilindri di cera introdotti in vagina, nelle esperienze di parecchi [Goubaroff (3)], e della differente situazione della vagina nel feto, può ritenersi che il limite superiore di appiattimento laterale o strozzatura ad X del lume, coincida col livello di simile costrizione [fessura pubococcigea, stretto superiore molle del parto di Farabeuf e Varnier (4)]. In tutti i casi si conferma una tendenza allo adattamento reciproco, di spazio, delle colonne laterali, più completa che per le pareti anteriore e posteriore, dove fu già illustrato da Henle.

Nel caso 3.° la colonna anteriore si colloca a destra, la posteriore a sinistra, con disposizione inversa a quella delle colonne cervicali. Altra maniera di accomodamento è quella per incastro della posteriore, più debole, nei solchi frequenti della anteriore. Nelle colonne laterali si dimostrano maniere di compenso più complesse, in ragione dell'estrema variabilità di sede e di forma, individuale. Nella maggior parte dei

---

(1) R. Barnes. Loco cit.

(2) I. Henle. Loco cit., pag. 462. Neppure Henle ammetteva nelle bambine e giovani una figura ad H come fu qui riscontrata già nel periodo fetale. Egli riteneva l'esistenza di un'asta trasversale così stretta, da ricordare in tutto una croce.

(3) Goubaroff. « Traitement chirurgical des prolapsus de l'utérus et des parois vaginales, etc. » *Annales de Gynéc, et d'Obst.*, Maj 1896.

(4) H. Farabeuf et Varnies. « Introduction à l'étude clinique et à la pratique des acc. » Paris, 1891.

casi, abbondano nella metà inferiore della vagina, fino al numero di 4 per lato.

Essenzialmente ad esse devesi la figura stellata della regione immediatamente soprapposta all'imene. Per lo più sporgenti e liscie, sono talora rappresentate da una semplice linea di incontro di creste di diversa direzione, come nel caso 11.°, talora da tubercoli. Raramente le creste si continuano per tutta la parete laterale; esse fanno capo a punti di rinforzo che sono le colonne laterali. La esistenza di queste ultime formazioni allo stato rudimentale, in caso di colonne multiple può essere interpretata per una deviazione delle creste nel senso di farsi oblique e longitudinali. Esse però a somiglianza delle sporgenze maggiori tendono a riunirsi in basso, avanti di raggiungere l'imene, formando festoni o saccocce, tantochè il vero imene presenta un orlo uniforme e al disopra una serie di sporgenze, da simulare un imene raddoppiato. Quando le colonne raggiungono l'imene il suo orlo non è più uniforme. Non so se il fatto accennato precedentemente, esagerandosi in qualche caso, possa dar luogo ad un imene in tutto simile al vero; certo colle vedute odierne, non si saprebbe riguardare come tale, senza incorrere in errore morfologico. In casi clinici, tuttavia, di atresia bassa della vagina, lo scambio collo imene è stato possibile se Schroeder (1) ha dovuto insorgere contro simile errore. Ciò che sovratutto interessa è la naturale divisione della vagina, che nasce pel fatto delle creste. All'infuori delle colonne, Henle classifica le sporgenze della superficie mucosa della vagina, in creste aguzze ed imbricate, ad orlo dentellato o no, e tubercoli, gli stessi elementi che si riscontrano nei feti della tavola, colla differenza che in questi sono più sviluppati in alto, proprio dove scompaiono nell'adulta, mentre le colonne, specialmente laterali, prevalgono in basso. I tubercoli sono frequenti nelle colonne, mentre nell'adulta abbondano nei lati (Sappey) ciò che può esser ritenuto come espressione di residui di colonne laterali.

Quanto al significato delle colonne vaginali, non può dirsi che lo studio attuale porti elementi a decidere. L'opinione accettata da Barnes e da Mihalcowicz (2) che si debbano riguardare le colonne vaginali,

---

(1) C. Schroeder. « Malattie degli organi genitali femminili. » Traduz., 1886.

(2) Mihalcowicz. *Intern, Monatschr. f. Anat. u. Phys.*, 1884.

come le cervicali, quali tracce del setto originario tra i canali di Müller, incontra difficoltà nel reperto di Schuhl (1) che le ha rinvenute contemporaneamente al setto separatore. Quantunque io non abbia trovato in un utero doppio e vagina setta di puerpera, del Museo anatomo-patologico della Università di Bologna, tracce sicure di colonne, ho da notare tuttavia che il pezzo non offriva, al proposito, favorevoli condizioni (morte di infezione puerperale nel 1868) e che sarebbero già elementi contrarii all'opinione surriferita il mancato accordo di sede delle colonne nel segmento uterino vaginale (in tutti i casi della tavola, ad eccezione del 6.°), purchè non sia dovuto alla torsione fisiologica e la esistenza e molteplicità delle sporgenze o colonne laterali.

Fu accennato ad una divisione della vagina, in base alle creste. Essa è facilmente intesa ricordando i rilievi longitudinali che si prolungano dalle colonne riunite sull'imene, ed altre sporgenze che, all'infuori delle colonne rudimentali, si osservano di preferenza nel tratto inferiore e, per numero, forma, direzione, meritano il nome di creste oblique e longitudinali. Tale divisione è rappresentata, in modo tipico, nella vagina di pecora, appartenente alla tavola (XV). Questa può essere approssimativamente distinta in terzi, di cui il superiore può denominarsi regione liscia, perchè offre appena tracce di pieghe, il medio (circa 10 mm.) regione delle creste trasversali, l'inferiore (7 mm.) regione delle creste longitudinali. Le disposizioni, corrispondenti ai rispettivi nomi, sono in tutto regolari nella pecora, mentre nel feto umano si riscontrano solo con approssimazione, principalmente la regione superiore.

Questa però, se non è costantemente liscia, come nel caso 4.° e sopratutto nel 7.°, presenta creste molto appianate o scarse a confronto di quelle lussureggianti sottostanti immediatamente all'incontro delle linee dei fornici, descritte, ossia al punto più basso della portio. La regione inferiore pei rapporti dimostrati coll'imene, oltre che delle pieghe longitudinali, può denominarsi « imeniale, » corrispondente a quella che in sezione trasversale dà figura stellata. Le creste si continuano coll' imene che sembra una loro dipendenza. Questa zona è scarsa e poco regolare nel caso 10.°, nel 3.° costituisce un piccolo

---

(1) Schuhl. « Utérus et vagin doubles. » *Annales de Gyn. et d'Obst.*, Octobre 1894.

tratto, nel 4.° occupa appena $^1/_5$ della lunghezza totale, però nel 5.° e 6.° caso sono addirittura numerose colonne che si sostituiscono alle creste, che nel 6.° raggiungono quasi metà vagina.

Nel caso 9.° la regione è estesa 9 mm., circa $^1/_3$ della vagina. Riconosciuta così una regione avente rapporti, oltrechè di vicinanza, di analogia di superficie e forma di lume, con quella imeniale propriamente detta, è da riferire della regione immediatamente sottostante all'imene, già accennata in più casi della tavola, rispetto a certe pieghe longitudinali della vulva. Tale regione ha qualche analogia con quella descritta da Wertheimer (1) come intermedia a pelle e mucosa genito-urinaria fino a 12-15 mm. dall'imene, dove a suo vedere, compaiono ghiandole solo nella vita estrauterina. L'analogia non è che di estensione, perchè il carattere è qui dato solo da rilievi longitudinali, poco appariscenti e non costanti, che però ho creduto opportuno rilevare, dappoichè sembrano, almeno pei casi in discorso, stabilire una continuazione della regione descritta sopraimeniale, aggiunti ai caratteri più costanti della forma e dell'asse della cavità. Le creste sottoimeniali sono lungi dal presentare le dimensioni di quelle della regione inferiore della vagina, ma talora, come nel caso 8.°, la regione retroimeniale a destra, si osserva un tratto ristretto occupato da sottili creste longitudinali in tutto simili a quelle vulvari e che a modo di propaggini partono dall'orlo inferiore delle colonne fuse a festoni per arrivare all'orlo libero dello imene. Le creste sottoimeniali, visibili senza stiramento, occupano una regione presso a poco triangolare nella faccia interna delle ninfe, appena apprezzabili nei casi 3.° e 4.°; si osservano meglio nel caso 9.° (appartenente a bambina di 16 mesi, morta di pneumonia) e si contano a 14 nel caso 6.° e a 5 nel 7.° La loro regolarità, anche in mancanza di pezzi freschi, fa escludere un prodotto artificiale. L'assenza di esse, nei casi rimanenti, e la superficie esterna dell'imene, liscia nel maggior numero di casi, può essere interpretata come per le creste dei fornici vaginali, che mancano frequentemente, meno spesso però le vaginali che le uterine, essendovi anche analogia di forma dei fornici vaginali con quelli formati dall'imene e dalle pareti vulvari. In nessun caso le creste descritte della regione vulvare,

---

(1) Wertheimer. « Recherches sur la structure et le developpement des organes génitaux externes de la femme. » *Journal de l'anat. et de la phys. norm. et path.* » Paris, 1883.

hanno l'importanza di pilastri dello imene, nè quest'ultimo può essere considerato come una tappa delle esigue creste sopra e sottostanti, nel senso che si può ritenere invece qualche volta, delle colonne laterali. Senza insistere ulteriormente, io credo che le creste longitudinali meritino studio accurato e sussidiato da larghi materiali. Più ancora delle creste, incostanti, la forma e direzione del lume stabiliscono analogia tra la regione inferiore e quella superiore all'imene. Infatti coi tagli trasversali e longitudinali fu dimostrato che la regione sopraimeniale avente la forma di stella compressa sui lati, di H rovesciato di lato ecc. è sempre espressione di un lume il cui massimo diametro è sagittale come nel canale vulvare.

Se a questo si aggiunge un altro fatto noto, cioè il livello del lume ad X, vale a dire del passaggio al lume compresso in senso opposto, che corrisponde, secondo la età nei casi osservati, al confine del terzo medio e inferiore della vagina, e che fu visto coincidere, nei tagli longitudinali, presso a poco col tratto più accentuato della curva a concavità anteriore (collo della scarpa di Henle), è chiaro che la regione sopra e quella sottostante all'imene, hanno in comune la forma del lume e l'asse che può dirsi vulvare nella stessa maniera che l'asse della parte inferiore della vagina.

Questo livello, che è certo superiore al limite segnato da Pozzi (1), nella bambina, quale vestigio del seno urogenitale, cioè ad 1 mm. sopra l'imene, viene abbassandosi tanto coll'età, che vagina e vulva hanno potuto essere paragonate presso molti autori (Sappey, Ardouin (2) ecc.), a due coni tronchi incontratisi per l'apice a livello dell'imene, nella adulta. Più esattamente, per molti casi Tarnier e Chantreuil descrivono il mutamento di lume (per differente appiattimento) già nella porzione di vagina adiacente alla vulva. In ogni caso, di queste differenti regioni deve esser tenuto conto pei possibili rapporti genetici, di cui fu discusso altrove.

Come si adattino tra loro le pareti, in questi appiattimenti del lume, è stato rilevato già, a proposito delle colonne. Quanto alle creste esse sono resistenti e sporgenti a sufficienza perchè sia naturale di pensare ad un loro adattamento. Paragonate ai rilievi della lingua del

---

(1) S. Pozzi. Loco cit.

(2) Ardouin. « Contribution à l'étude des déchirures vag., etc. » Paris, 1889.

bue da Tanaron (1) nell'adulta, e ritenute più sporgenti nelle brune da Velpeau (2) e non dispiegabili secondo Hyrtl, Barnes, Joulin (3) Testut, ecc. [ad eccezione di Debierre, cit. (4)], sono distinte al massimo nel 7.° e 8.° mese di vita intrauterina, secondo Bischoff e Meckel (5). Nel caso 6.°, appartenente ad una bambina di 8 mesi per lo spessore basale delle creste misura da 1|2 fino ad 1 mm., sporgendo fino a 2 mm. nel lume. Henle accenna chiaramente all'imbricarsi delle creste aguzze, come Dohrn (6) accenna all'incastro (così Testut per quelle cervicali). Con uno sguardo alla tavola è difficile immaginare un esatto combaciamento od incastro, se si pensa alle forme troppo svariate e ai livelli e direzioni troppo differenti delle sporgenze, delle superfici opposte della vagina. Se si pensa poi alle forme reticolate delle creste, di cui rimane un tipico esemplare il caso 9.°, è evidente la impossibilità di un adattamento salvo con tubercoli dirimpetto. Così può escludersi, a priori, un adattamento per incastro nel 6.°, a livello dei fornici, essendo crestata a raggi (dall'orificio) la porzio, e con ciò incrociando, assolutamente, la direzione delle creste vaginali nei fornici. Vi è anche, costantemente, disparità di numero delle creste: quelle contate sulla colonna e parete posteriore nei casi 8.° e 9.° furono 31, e 28 per l'anteriore nel 9.°. Con tuttociò è sempre sulle colonne, ed a livello della zona immediatamente sottostante all'incontro delle linee dei fornici, che vien notato il combaciamento colla possibilità di ingranaggio delle creste nei solchi dirimpetto. Fu appunto nel caso 9.° che a vagina semi indurita e mantenuta in mezzo caldo, traverso il collo dell'utero inciso, con un imbuto, potei, divaricando leggermente le pareti, iniettare paraffina fluida, e riconoscere nella forma raffreddata (che occupava metà vagina, mentre il liquido era penetrato assai più basso), la corrispondenza dei solchi alle creste nelle colonne anteriore e poste-

---

(1) Pietro Paolo Tanaron. « L'ostetricia ovvero l'arte di raccogliere i parti. » Venezia, 1769.

(2) Velpeau. Loco cit.

(3) Joulin. « Traité complet d'accouchements. » Paris, Savy, 1867.

(4) Ch. Debierre. Loco cit. Crede ancora le creste analoghe alle valvole conniventi dell'intestino, utilizzabili nella distensione.

(5) Bischoff. « Trattato dello sviluppo dell'uomo. » Trad. Levi, Napoli, 1882. Dice pure con Meckel che le pieghe non sono che il risultato di una formazione reticolata (le piccole creste longitudinali intercalate alle trasversali dei casi della tavola sono così spiegate).

(6) Dohrn. « Ueber d. Ent. d. Hymens. » 1875.

riore. Questa possibilità, per zone più limitate, si può del resto riconoscere anche su tagli longitudinali. Ma dove è esclusa, a priori, a parte la distanza che le divide nel lume, la possibilità di adattamento, è nelle creste laterali. In queste, in modo più o meno distinto per tutti i casi esaminati, fu notata una disposizione a spirale attorno alla parete vaginale.

La disposizione a spirale delle creste è principalmente evidente nei casi 3.°, 6.° 8.°, 9.°; nei due primi sono anche sensibilmente deviate le colonne anteriore e posteriore. Corrispondentemente le creste, lungi dal trovarsi parallele ai piani trasversali della vagina, sono oblique ai medesimi e in senso opposto nei due lati. Sono cioè dirette dall'alto al basso e dallo indietro allo avanti nel lato destro, inversamente a sinistra. Ciò è sufficiente a riconoscere una disposizione spirale che da un lato dimostra l'impossibilità di ingranaggio delle pieghe opposte, dall'altro richiama un fatto noto nella storia dello sviluppo dei genitali. Voglio dire l'importante fenomeno della torsione che iniziato nelle trombe di Falloppio, dove raggiunge il suo grado massimo, si estende all'utero (1) e secondo Freund, che l'ha splendidamente illustrato nelle tube (2), fino al seno urogenitale, come fanno pensare i contorcimenti a spirale dei rudimenti Mülleriani (3) che Dohrn (4) aveva già osservato nello sviluppo normale. È così che nel processo di torsione è compresa la vagina: tale è l'interpretazione possibile dell'andamento spirale delle creste. Questo andamento è spiccato sovratutto verso i fornici, meno accentuato o addirittura interrotto a livello delle colonne, dove le creste sono a contatto, e talora anche ingranate. La pressione dell'utero in tale regione, dove esso (come fu osservato nella maggior parte dei tagli) foggia le pareti come a nicchia, contribuisce certamente

---

(1) H. Bayer. (« Zur physiologischen u. pathologischen Morphologie der Gebärmutter. » *Gynäk. Klin.*, v. Freund, 1885). Ha dimostrato che la torsione non comincia dall'utero verso la tuba, ma inversamente.

(2) W. A. Freund. « Ueber die Indikationen zur oper. Behandl. der erkrauk. tuben. » *Samm. Klin. Vort.*, h. v. R. Volkmann, Leipzig, 1888. — V. citazioni in C. Ferraresi. « Contributo allo studio dell'anatomia normale e patologica delle trombe di Falloppio. » *Annali di Ostetr. e Ginec.*, Settembre 1894.

(3) W. A. Freund. « Zwei Fälle von Haematometra, etc. » *(Beiträge Gyn. u. Geb.). Gyn. Klin.*, 1885.

(4) R. Dohrn. « Zur Kenutniss der Müller'schen Gäuge und ihrer Verschmelzung. » *Schriften d. Gesell. z. Beför., etc.*, Marburg, 1870.

a deviare la direzione delle creste da quel generale andamento a spirale che è confermato anche dalla disposizione frequentemente obliqua delle colonne. Del resto la direzione di questa torsione che si può utilmente raffigurare ad es. colle pieghe della regione articolare media del dorso del dito indice della mano destra, allorchè si torce di proposito lo stesso da sinistra a destra, entro la stretta delle dita dell'altra mano, è in rapporto anche colla situazione obliqua normale dell'utero. Che il processo sia meno evidente che nelle tube, non deve meravigliare quando si pensi alla differente intensità, e che nei gradi leggeri, è più facile apprezzarlo sopra la superfice libera peritoneale che sovra la mucosa tubarica, che pure ha rilievi longitudinali, anche dove questi sono meno complicati.

Ai risultati riferiti nella tavola, non ho voluto aggiungere quelli incompleti di un preparato di genitali (cm. 2,95 dalla vulva al fondo uterino) dove ho tentato il metodo di Zernoff, applicato da Debierre (1) alla ricerca dell'esatta determinazione topografica delle pieghe peritoneali e dei visceri addominali e pelvici di neonate. Egli vanta con questo metodo (iniezione nella cavità e nei vasi di soluzione cromica al 12 0[0) ottimi risultati che gli hanno permesso di constatare una situazione variabile degli annessi, anche da un lato all'altro, ovaio generalmente a livello della linea innominata, sull'orlo degli psoas, a cavalcioni dell'arteria ombellicale, molto vicino alla fossetta inguinale. Tasca di Douglas profonda, cavità pelvica rappresentata da un canale cilindrico occupato interamente dal retto, vescica e vagina. Non pare che questo liquido sia preferibile a quello di Müller e colla tecnica già descritta, nello studio della superficie interna della vagina, neppure rendendo quest'ultima accessibile all'immersione, con incisioni.

Un ultimo argomento al quale richiamiamo i preparati della tavola è quello della assenza di sepimenti dalla vagina di animali, in essa rappresentati. Infatti P. Müller, secondo Pozzi (2) ritiene normale l'esistenza di diafragmi nella vagina della pecora. Ora non solo non compaiono setti nel caso della tavola, pel tratto vaginale, ma non ne ho neppure potuto osservare in altri casi; anzi le pieghe sono più esili di

---

(1) Debierre. Comptes rendus hebdomadaires des Séances de la Société de Biologie. (Séance du 11 Mai 1895. « Sur une nouvelle méthode, etc.). » Paris, 1895.

(2) Pozzi. Loco cit.

quelle della vagina umana e mancanti addirittura nel terzo superiore, come fu descritto. Nella cavità del collo, invece, esistono 5 setti anuliformi, spessi da 1 a 1,5 mm. che occupano colle loro inserzioni e intervalli un tratto di 6 mm. sopra 12,5 di lunghezza della porzione impari dell'utero. Un fatto importante che differenzia i setti fetali della pecora, dalle pieghe più sporgenti della vagina e utero umano è lo spessore maggiore all'orlo libero che alla base nei primi, proprio l'inverso di quanto fu veduto nelle seconde. Inoltre nei casi osservati nella tavola l'utero ha pieghe più aguzze che la vagina, mentre nella pecora sono più tozze. Quantunque a creste longitudinali, pure una disposizione simile ai setti e sempre nella cavità cervicale fu notata nella vitella (16.°): in questo caso sono 4 setti risultanti da solchi trasversali più profondi di quelli longitudinali. Sempre secondo Pozzi, gli autori riferiscono osservazioni dimostrative dell'esistenza normale di diafragmi trasversali nella vagina di altri animali. Così Hofmann (1) nel chimpanzè, e Beauregard e Boulard (2) nei cetacei (fino ad 8 ripiegature vaginali). Ma anche S. Chabry e R. Boulart (3) hanno sezionato un *Delphynus Delphys* gestante, descrivendo una piega circolare della « vagina » precedente il collo uterino, come un secondo muso di tinca. Dalla figura accurata della tavola che essi presentano però, lo spessore della parete che è frapposto al muso di tinca ed alla piega è troppo forte in confronto di quello della parete vaginale adiacente, per ritenerlo appartenente a quest'ultima: è dunque, senz'altro, appartenente all'utero, e le sporgenze della parete sono « cervicali. » Così nessun'altra delle osservazioni di setti normali trasversali della vagina degli animali è convincente, quantunque Giorgio Flemming (4) dichiari che la stenosi e la atresia della vulva e della vagina sono state citate non di rado, per avere ritardato oppure completamente impedito il parto negli animali. Beigel (5), descrivendo la forma fisiologica della vagina dell'elefante, riconosce un segmento breve superiore che egli chiama

---

(1) Hofmann. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. II (1878).

(2) Beauregard et Boulard. *Journ. de l'anat. et de la phys. norm. et path.*, 1882, t. XVIII, pag. 187.

(3) Chabry et Boulart. « Note sur un foetus de Dauphin et ses membranes. » *Journ. de l'anat. et de la phys. norm. et path.*, N. 6, pag. 573, Paris, 1883.

(4) G. Flemming. « Trattato di Ostetricia veterinaria. » Trad. Bassi, Torino, 1893, pag. 396.

(5) Beigel. « Die Krankeiten des weibl. Geschl. » II Bd., Stuttgart, 1875.

utero-vaginale, separato da quello inferiore per un intermezzo di parete con apertura, accanto alla quale sboccano i canali di Malpighi e più sotto l'uretra. Egli ritiene l'ampio segmento inferiore un organo destinato alla coabitazione e urinazione, chiamandolo cavo urogenitale. Così la sua maniera di considerare i sepimenti fisiologici del canal genitale di certi animali, è preferibile a quella di autori sopracitati. E oltre le differenze di sede, anche quelle di forma, come fu osservato rispetto alla pecora, non permettono facilmente di ravvicinare i sette fisiologici degli animali a quelli abnormi descritti nella vagina della donna.

(Continua).

CONGRESSI, SOCIETÀ ED ACCADEMIE

68.ª Riunione dei Medici e Naturalisti tedeschi in Frankfurt a:M

15.ª Sessione – OSTETRICIA e GINECOLOGIA

RELAZIONE FATTA DAL DOTT. S. PATELLANI

(*Continuazione, vedi pag. 423*).

5.ª Seduta — 24 Settembre 1896 (9 antim.).

Presid. H. FRITSCH — *Segret.* W. KALLMORGEN.

M. EMMERICH (Nürnberg). — Bacino osteomalacico.

Presenta lo scheletro del bacino di una donna, di 45 anni, osteomalacica, da lui raccolto da molti anni. Ebbe la paziente sette gravidanze. I primi tre parti normali; il quarto spontaneo, quantunque si fosse pensato allora come assolutamente necessario il taglio cesareo. Il bambino nato rachitico visse 13 anni. Gli ultimi tre furono interrotti con travagli abortivi provocati. L'altezza della donna da 160 cm. si era ridotta a 116 cm. Lo scheletro trovasi nel museo di Erlangen. Il bacino offre le note deformazioni caratteristiche.

O. HERFF (Halle). — Sul carcinoma vaginale.

Per quanto si riferisce alla eziologia affatto oscura accenna allo sviluppo di forme papillari benigne dovute all'uso prolungato di pessarî, forme che possono erroneamente e facilmente andar confuse colle vere epiteliali.

Il trattamento operativo del cancro vaginale presenta grandi difficoltà se esportando anche molto tessuto sano si vogliono migliorare i risultati finali. Già la ristrettezza della vagina può dar luogo ad ostacoli gravi.

Quanto profondamente dobbiamo noi operare sul tessuto sano? Si deve o no esportare anche l'utero? Cercando di prevenire le recidive col metodo operativo più di quello che si è fatto fin qui siamo in grado di migliorare i risultati?

I piccoli carcinomi si possono esportare con risultato discretamente buono. Ben diversamente stanno le cose quando il neoplasma ha uno sviluppo più diffuso. In questi casi un ampio accesso al campo operativo offre grandi vantaggi. Viene facilitata l'emostasi e permesso di estendersi anche nel tessuto sano. A questo

scopo bastano, nei casi meno gravi, le semplici incisioni vagino-perineali. Indifferentemente queste si possono fare dal lato sano o da quello ammalato. Il consiglio dato da Schuchardt senza dubbio meglio risponde allo scopo. Si può discutere però se i vantaggi che se ne ottengono compensino la gravezza delle lesioni necessarie. Solo in casi eccezionali Herff crede indicato tale procedimento. La resezione estesa o la totale estirpazione della vagina nei cancri molto profondi renderebbero, secondo Olshausen, necessaria una sezione trasversale del perineo.

Nei carcinomi aventi sede elevata non è consigliabile l'amputazione alta del collo. Si lascia così una ferita tanto ampia che la totale estirpazione non rappresenta quasi un'operazione di importanza maggiore.

Herff esporta l'utero e le ovaie in tali casi. Una volta anzi l'apertura ampia del Douglas, avendosi un carcinoma della parete posteriore, permise un'asportazione più accurata del connettivo retro-vaginale. Estirpando l'utero possiamo togliere in parte anche il tessuto parametrale e i vasi linfatici del collo e dei fornici più all'esterno della linea mediana. Se poi si chiude in alto il peritoneo le condizioni della ferita sono molto più semplici. Questo consiglio sembra giustificato dalla mortalità bassa dell'estirpazione uterina totale (1-2 0[0).

La questione che si riferisce alle recidive da innesto è difficile a risolversi. Molti distinti patologi sono contrarî alla teoria dell'inoculabilità del carcinoma. Mai il cancro è stato trasmesso. Le recidive da inoculazione teoricamente sono però possibili. Da nessuno tuttavia furono osservate.

Un'importante questione è la seguente. Sono facilmente o difficilmente trasmissibili i carcinomi? Si osserva frequentemente o meno questo fatto?

Tutte le ricerche anatomiche e cliniche prima e dopo un atto operativo non possono dare alcun risultato sicuro mancando i mezzi per distinguere le recidive da trapianto o da inoculazione dalle recidive locali. Il cancro non si estende solo in modo continuo, ma anche saltuariamente. Tra le metastasi ghiandolari e il focolaio primitivo si trovano, facendo ampie sezioni, dei piccoli tratti carcinomatosi microscopici più o meno numerosi e disseminati. E come si può credere di aver sezionato attorno al tumore il tessuto sano, se non si sono fatte delle ricerche in questo senso? Anche quando il neoplasma della vagina o della portio trovasi lontano dai limiti della ferita, non si può escludere l'ipotesi che nel tessuto rimasto sianvi altri nodetti metastatici.

Potendo la normale corrente linfatica, in conseguenza dell'operazione o per lo sviluppo del tumore nei casi inoperati, deviare, così le metastasi possono aversi in punti affatto diversi. Anche qui ogni distinzione è impossibile.

Le recidive che si hanno lungi dalla cicatrice perfino in vicinanza al bacino, sono fino ad oggi almeno spiegabili per mezzo delle ordinarie metastasi linfatiche originatesi dalle recidive locali. Se si volesse qui ammettere un innesto, come causa, dovrebbe accettarsi l'ipotesi di un'immigrazione del virus carcinomatoso. E di questo

nulla ora sappiamo. Comunque si tratti la questione, rimane indiscussa la mancanza di dimostrazione delle recidive da inoculazione.

Ha valore il principio di operare possibilmente sul tessuto sano. Se l'operazione non riesce più possibile dalla via vaginale si possono seguire nello stesso tempo altre strade. Queste operazioni combinate però hanno una mortalità tanto elevata che non è inverosimile che i risultati finali non migliorino.

PFANNENSTIEL (Breslau). — Sulla cura delle emorragie della menopausa colla pasta di cloruro di zinco.

In una donna affetta da emorragia infrenabile nella menopausa, non d'origine carcinomatosa, del resto sana, nella quale Pfannenstiel aveva riempito l'utero, prima fortemente dilatato, con la pasta caustica di Canquoin secondo i precetti Dumontpallier, non si ottenne alcuna guarigione duratura. La causticazione aveva agito in modo gravemente intenso. Dopo 5 giorni venne espulso, con dolori vivissimi, un sequestro della grossezza e della forma di un utero atrofico, senile. L'amenorrea durò solo tre mesi. Successivamente si dovette esportare *in toto* l'utero per guarire la donna dalle perdite profuse sanguigne.

L'esame del sequestro uterino dimostrò che la sua zona di demarcazione era da ogni parte arrivata profondamente nella muscolatura (spessore medio $^3/_4$ cm.), e che nell'interno avevasi uno spazio cavo nel quale ancora si trovavano i residui della pasta adoperata. Assottigliate erano le pareti del sequestro solo in vicinanza al collo e in un punto corrispondente al fondo dove il tessuto appariva poroso e friabile.

Nel tempo in cui la donna fu amenorroica non riuscì possibile il sondaggio dell'utero. I dolori che aumentavano e l'ingrossamento dell'utero facevano pensare alla formazione di un ematometra. Il sangue potè però farsi strada attraverso al tratto uterino obliterato.

L'utero esportato mostra un piccolo mioma della parete anteriore e una cavità nella regione del fondo rivestita dalla mucosa. Vi è contenuto del sangue. La rigenerazione della mucosa probabilmente erasi iniziata nel punto in cui il sequestro presentava minimo spessore e appariva poroso. Al disotto di questa cavità non si poteva più vedere la mucosa, solo trovavasi un sottile canale fistoloso che veniva all'esterno attraverso al quale si era fatto strada il contenuto sanguigno.

L'O. presenta i preparati macro e microscopici che si riferiscono all'argomento e rileva la forza di rigenerazione della mucosa dell'utero in piccolissime isole. Il caso stesso dimostra che rare volte quando le emorragie, prima della menopausa, indicano la totale estirpazione dell'utero, questa può venire sostituita, con sicurezza di risultato, dalla artificiale obliterazione della cavità uterina. Pfannenstiel ha spinto la pasta caustica fino al fondo e tuttavia non ha punto ottenuto un

risultato duraturo. Egli non seguirebbe tale metodo di cura una seconda volta perchè ad esso si accompagnano, fino all'espulsione del sequestro, terribili dolori che nel caso osservato non poterono venire attutiti nemmeno colle più alte dosi di morfina.

Il caso verrà pubblicato con opportune ricerche microscopiche dal dott. Jung.

Discussione.

S. Flatau (Nürnberg) avendo avuto l'opportunità di osservare un caso di questo genere, curato col metodo di Dumontpallier, è perfettamente del parere dell'O. Le conseguenze della cura sono per le ammalate a volte molto gravi. Egli ha in due casi di emorragie infrenabili prima della menopausa, forse dovute alla non abbastanza studiata ateromasia dei vasi uterini, usata la pasta al cloruro di zinco con buon risultato funzionale. Si ebbe anche qui l'espulsione di un sequestro non però la completa obliterazione dell'utero. In un terzo caso però, in una donna di 36 anni, il lapis caustico produsse un'atresia probabilmente limitata a un tratto del canale uterino. Ne conseguirono delle manifestazioni dismenorroiche le quali fecero pensare non solo alla esistenza di un ematometra, ma anche di un ematosalpinge. Flatau crede opportuno, quando esistano indicazioni assolute, di estirpare l'utero. Anche nei casi meno gravi il trattamento di Dumontpallier non si mostra efficace.

Freund A. W. Sulla questione non può portare un contributo personale. Egli però potè vedere tre donne curate col cloruro di zinco. Si fece in una di esse un'iniezione di una soluzione di tale sostanza e la donna morì. Egli richiama questo fatto nella speranza che venga impedita la diffusione di questo metodo di cura.

Slawjanski (Pietroburgo) racconta pure un caso presso a poco consimile. Bisogna andar molto guardinghi nell'adoperare mezzi troppo energici e malfidi.

Mackenrodt (Berlino). Potè osservare una volta, usando il procedimento di cui si disse, la perforazione perfino della vescica.

Gottschalk (Berlino). Se nei casi di emorragie durante la menopausa si facessero le legature delle arterie uterine dalla via vaginale si potrebbero evitare molte estirpazioni dell'utero.

PFANNENSTIEL (Breslau). — Preparato di mioma uterino e cisti ovarica.

Presenta: 1.° Un preparato di mioma uterino con piosalpinge e cisti papillare dell'ovaio dal lato sinistro e con piccolo tumore degli annessi di destra esportato colla laparotomia *in toto* da una paziente di 47 anni in cui iniziavasi la menopausa senza forti emorragie. La donna da anni accusava disturbi addominali. Era incapace di lavorare per i violenti dolori all'addome ed al sacro. All'esame rilevavasi, al disopra della sinfisi, un tumore mobile grosso come una palla da bigliardo, duro, spostato a destra della linea mediana, appartenente al corpo dell'utero. La portio era elevata, dietro al pube. Il fornice posteriore mostravasi fortemente procidente per un tumore che su di esso faceva pressione, immobile, della grossezza della testa di un feto che riempiva il bacino, specie a destra e posteriormente. La tumescenza si

portava a tre dita trasverse al disopra dello stretto superiore, si trovava a destra e posteriormente dell'utero ed era separata da un piccolo spazio libero dal bordo del bacino. La diagnosi differenziale, eccezione fatta del mioma uterino facilmente rilevabile, era tra un essudato pelvico (piocele periuterino inveterato) e una neoformazione originatasi dall'ovaio sinistro. Una puntura esploratrice vaginale diede esito ad un liquido sieroso giallastro.

La laparotomia fu molto difficile per le tenaci e multiple adesioni cogli organi pelvici. Il distacco in gran parte si dovette fare col Paquelin e col bistorì. L'utero venne amputato al disopra della vagina. Guarigione facile. Perfetto senso di benessere.

Il mioma uterino aveva sede sul fondo. Gli annessi di destra presentavano il quadro caratteristico di una salpingo-ooforite cronica non suppurata, ma con discrete adesioni. Agli annessi di sinistra trovavansi due cisti, unite tra di loro, uniloculari. La cisti mediana, grossa come un uovo d'anitra, era ripiena di pus denso. La membrana avvolgente aveva 1 cm. di spessore. La cisti laterale era del volume di un pugno con pareti sottili con contenuto liquido giallo sieroso. All'interno della membrana vedevansi qua e là basse escrescenze papillari. La prima cisti era tubarica e aveva dato luogo ad un pio-salpinge mentre l'altra era una cisti ovarica unilaterale.

Il caso dimostra che la puntura diagnostica anche con risultato positivo non sempre dà dei criteri positivi. Si può avere colla puntura un liquido sieroso e in vicinanza esservi del pus. La cisti ovarica aveva formazioni epiteliari proliferanti nelle pareti; le papille erano costituite da spesso tessuto connettivo con epitelio cilindrico ad un solo strato *(fibroma papillare)*.

2.° Una cisti ovarica uniloculare grossa quanto la testa di un feto esportata, ad una IXpara di 38 anni, nel 4.° mese di gravidanza senza inconvenienti.

La cisti, la cui parete ancora mostra alcuni follicoli, non aveva epitelio ed era ripiena di un liquido sieroso. La parete fibrosa non presentava caratteristiche speciali. L'O. richiama l'attenzione sulla differenza tra le due cisti ovariche nei casi esposti e ricorda che da sue ricerche le cisti ovariche conosciute col nome di idrope del follicolo di Graaf, non sono geneticamente ed istologicamente corrispondenti. Egli distingue, eccettuate le cisti del corpo luteo, 2 specie di idropi folliculari: 1.° completamente senza epitelio (2.° caso); 2.° rivestite da epitelio (1.° caso). L'idrope del follicolo senza epitelio è la vera idrope ed è più frequente. Viene a prodursi di regola in seguito ad un'ooforite cronica e dà luogo ad un follicolo sterile, degenerato. È un processo degenerativo. Può crescere fino a diventare grossa come la testa di un feto per trasudazione delle pareti, oppure, per assottigliamento atrofico delle pareti, cessare di svilupparsi e rimanere come era per un certo tempo.

Invece la cisti ovarica uniloculare epiteliare è più rara; può raggiungere anche un volume molto più notevole, maggiore anche della testa di un adulto, ed è da

considerarsi tra le neoplasie. Il caso presentato mostra che si può sviluppare in seguito ad infiammazione. Altri dati per altro sono importanti nell'eziologia. Questi casi devono venir distinti dai cisto-adenomi ovarici, dai veri tumori epiteliali proliferanti. Nelle pareti delle cisti non trovansi infatti le proliferazioni simili alle ghiandolari colle formazioni epiteliari proprie dei cisto-adenomi.

D'accordo con Steffeck e Bulius distingue l'A. le cisti primitive uniloculari dell'ovaio dai follicoli di Graaf, il cui epitelio della granulosa, mentre l'ovicino scompare, si trasforma in cilindrico, prolifera e secerne formando in tal modo la cisti. Queste cisti possono in seguito, per proliferazione connettivale delle pareti, diventare papillari; perdere di nuovo l'epitelio per degenerazione grassa e anche, come sembra verosimile per le ricerche di Steffeck, dare luogo a cisti figlie. Questo fatto però non fu ancora dall'O. osservato.

KEHRER (Heidelberg). — Caso di polimastia ascellare.

Egli parla di un'osservazione fatta su una puerpera la quale aveva nel cavo ascellare d'ambo i lati due ghiandole mammarie distintamente separate tra di loro. Le ghiandole non presentavano nè areola nè capezzolo. Erano ricoperte dai peli dell'ascella. Si fecero tumide contemporaneamente alle mammelle pettorali e, dopo 7 giorni, ripresero l'aspetto di prima.

KEHRER (Heidelberg). — Sulla putrefazione del feto.

Parla del trattamento del parto in questi casi. Egli richiama anzitutto che a membrane integre un feto morto può rimanere nell'utero per settimane e per mesi senza punto arrecare danno, mentre, dopo la rottura delle membrane, potendo svilupparsi nella cavità ovulare dei saprofiti, di soventi anche dopo poche ore si iniziano le note alterazioni, quali l'enfisema sottocutaneo e la timpanite addominale nel feto, il pneumometra e la sapremia nella madre. La donna può morire se non si estrae presto il prodotto del concepimento decomposto e non si disinfetta rapidamente, in modo scrupoloso, la cavità del viscere. Le membrane impediscono ai microorganismi vaginali di portarsi nella cavità ovulare ed agiscono come la carta pergamena nel dializzatore di Graham.

Anche facendo così è sempre grave il pericolo cui si va incontro. Nell'epoca preantisettica (Staude) morivano nel 50 % dei casi le donne in tali condizioni per timpania putrida uterina. Hofmeier diede una mortalità materna del 23 % avvenuta la decomposizione del feto dopo lavature fatte con una soluzione fenica al 5 %. Che cosa devesi fare quando si ha la putrefazione del feto?

1.° I feti morti da poco tempo devonsi possibilmente subito dopo la morte, estrarre evitando così il pericolo che si decompongano. Solo nei casi di feti ma-

cerati che si decompongono più tardi dei feti morti di recente, si può anche aspettare qualche tempo. Si devono estrarre pure subito i feti craniotomizzati o in altro modo eviscerati perchè può la putrefazione entrare in scena anche solo dopo 3 ore (Staude).

2.° L'estirpazione deve essere fatta nel modo possibilmente più riguardoso perchè non vengano ulteriormente estese le soluzioni di continuo. Quanto più queste sono profonde e diffuse tanto in maggior quantità saranno le tossine riassorbite. Per ciò nelle presentazioni cefaliche, per le grandi difficoltà e per i pericoli di un'applicazione di forcipe allo stretto superiore, sarà da preferirsi la craniotomia; nelle presentazioni di spalla la decollazione o l'exenteratio; nelle presentazioni podaliche una prudente estrazione e puntura della cavità addominale del feto disteso per timpanismo. Una prudente estrazione può però riuscire impossibile nei gravi restringimenti del bacino, essendo il feto molto sviluppato, avendosi tumori oppure rigidità della bocca uterina, ecc.

Kehrer ricorda un caso di questo genere da lui ultimamente osservato. Una pluripara, che aveva prolasso dell'utero e della vagina e ipertrofia del collo, gravida al 7.° mese, ebbe rottura spontanea delle membrane. Il feto morì. Non si iniziò la dilatazione uterina. La temperatura si rialzò notevolmente (+ di 40° C.) e, nello stesso tempo, si ebbe timpanite uterina. La donna fu curata con irrigazioni calde, con impacchi freddi e chinino e, circa 24 ore dopo la morte del feto, fu portata dalla campagna nella Clinica ostetrica. Perforazione col trapano e colle forbici craniotomiche. Testa mobile allo stretto superiore. Dilatazione di due centimetri. In seguito difficile rivolgimento ed estrazione. Il segmento inferiore si ruppe in tre punti senza che la lacerazione arrivasse al peritoneo. Per un'emorragia da atonia, tamponamento con garza dell'utero. La donna morì 36 ore dopo per sapremia.

Relativamente a questi e ad altri casi consimili in cui per grave viziatura pelvica, tumori, ristrettezza dei genitali, ecc., sono da aspettarsi, nell'estrazione per le vie naturali, gravi lesioni dei genitali, Kehrer si esprime consigliando l'operazione di Porro con l'estrazione dell'utero, la sutura di esso alle pareti dell'addome, la sutura addominale e, solo dopo aver completamente chiuse le pareti addominali, l'amputazione dell'utero col suo contenuto in decomposizione seguita da una valida disinfezione del moncone come nel trattamento extra-peritoneale del peduncolo.

Anche nei casi di iniziata gangrena dell'utero puerperale crede Kehrer indicata, come nei casi di gangrena di un arto ne è indicata l'amputazione, l'operazione di Porro quale unica áncora di salvezza possibile. Non tutti gli operati di amputazione per gangrena degli arti si possono salvare. Anche dopo l'operazione di Porro non tutte le puerpere guariscono. Sempre però in tal modo possono essere salvate molte donne in cui la gangrena non ha fatto grandi progressi e in cui l'organismo ha ancora abbastanza energia per reagire all'andamento del male.

Discussione.

W. A. Freund. Una sezione d'isolamento, esistente nella Clinica da lui diretta a Strasburgo, gli permette di poter fare qualche considerazione.

A Freund occorse molte volte da tempo nei processi morbosi piemici, che avevano punto di partenza dall'inserzione placentare, di vedere un'isolata forma morbosa dei rami della vena spermatica interna. Anche dopo settimane e mesi di durata della malattia si poterono, nei singoli casi, rilevare le modificazioni flebo-trombotiche limitate ad una vena spermatica interna dalla quale partivano per la via della cava ascendente i processi metastatici. Perfino sul tratto uterino da cui si era originata l'infezione, in un avanzato periodo di essa, a volte non si potè rilevare traccia di modificazioni flebo-trombotiche. Ciò che sembrava più strano ancora era l'assenza di qualsiasi alterazione nel restante sistema venoso dei genitali e degli altri organi addominali.

In breve anche nelle forme gravi ed avanzate di febbre puerperale con piemia si possono trovare isolate flebo-trombosi della rete venosa superiore che dà nella spermatica interna e non nella media ed inferiore uterina in comunicazione colla vena ipogastrica. Questo dato anatomo-patologico e i concetti curativi della moderna chirurgia nella cura delle flebiti alle estremità, gli fecero pensare, nei casi opportuni, all'incisione del legamento largo ammalato colla vena spermatica il più in alto possibile. Se durante l'operazione si rileva che l'utero partecipa al processo devesi esportare anche l'utero.

Dopo esperienze fatte sul cadavere, Freund operò in questo modo due ammalate che morirono successivamente. In una di esse si rilevò, alla tavola anatomica, che l'alterazione nella vena spermatica interna raggiungeva un limite più alto di ciò che prima era sembrato e che il trombo infetto erasi portato nella vena cava dando quindi processi metastatici in altre parti del corpo. Nell'altro cadavere invece si rilevò che tutte le vene localmente, non solo quindi quelle della parte uterina superiore, erano flebotrombotiche.

Quali concetti ci devono guidare nella cura delle infezioni puerperali? Se una donna si ammala dopo un atto operativo fatto in corrispondenza dell'inserzione placentare ed ha febbre intermittente; se rilevasi dal lato dove la placenta era inserta sull'utero una durezza dolente che si continua verso la parte superiore del legamento largo corrispondente, verso il bacino e una sensibilità esagerata nelle regioni inguinale e lombare, si potrebbe tentare l'operazione accennata che, dal punto di vista della tecnica, non presenta difficoltà. Ma quale è il medico che si accinge a far questo sapendo che a volte, senza operazione, le pazienti si salvano? D'altra parte se si aspetta fin che il processo sia esteso l'operazione tecnicamente non si può eseguire con tanta facilità, poichè si infiltra il connettivo che circonda la vena e questa non è più, senza gravi danni, bene isolabile dall'uretere.

Freund crede però esista un'indicazione per un'operazione precoce. Nei casi di aborto provocato setticamente (il più delle volte a scopo criminoso) con infezione piemica. Qui a lui pare giustificata (dato l'esito, per esperienza sua, mortale in tali condizioni) la totale estirpazione dell'utero coll'escisione del legamento largo corrispondente e della vena spermatica interna.

Thorn relativamente ai concetti esposti da Kehrer crede, nei casi indicati, preferibile l'estirpazione dell'utero dalla via della vagina.

Kehrer. È di parere diverso temendo l'infezione da parte dei legamenti larghi.

Fritsch. Ha operato un caso di sepsi coll'estirpazione vaginale dell'utero. Si dovrebbe operare però dall'addome.

Herff. Dovendosi operare meglio vale ricorrere all'estirpazione totale.

THORN (Magdeburgo). — Vagito uterino e suoi rapporti col primo atto respiratorio.

Egli rilevò, nel corso di un parto prematuro provocato in una donna di 38 anni, piccola, gracile, con bacino totalmente irregolarmente ristretto (C. V. cm. 8), il vagito uterino senza che il feto, che venne partorito spontaneamente 12 ore dopo, in alcun modo avesse sofferto nel venire alla luce.

Il primo parto nella stessa donna fu espletato da Thorn con un'applicazione di forcipe allo stretto superiore dopo due giorni di dolori. Le parti molli della bocca uterina molto rigide erano state allora incise. Il feto nacque, con profonda impressione su un parietale e con lesione dell'osso occipitale, fortemente asfittico. Venne rianimato e dopo si riebbe presto. Considerando il decorso di questo parto e i diametri pelvici, Thorn consigliò la provocazione del parto 4 settimane prima del termine della gravidanza. La provocazione del parto fu fatta dal medico di casa coll'introduzione di una candeletta nell'utero. Subito insorsero buone contrazioni. Poco dopo fu estratta la candeletta. I dolori si fecero meno vivi e il liquido amniotico uscì in poca quantità. Al 5.° giorno dopo l'inizio del parto, Thorn rilevò i seguenti dati: La temperatura e il polso erano normali. La paziente era spossata. L'utero rilasciato conteneva ancora poco liquido amniotico. Il feto trovavasi in presentazione di V. col dorso a sinistra. La testa era un poco spostata verso destra e il battito normale. Durante la esplorazione uscì un po' di liquido amniotico tinto di meconio. La cervice molto rigida permetteva appena il passaggio di due dita. Essendo indicato l'acceleramento del parto tanto per la madre quanto per il feto si introdusse un dilatatore di Barnes, il quale venne disteso con aria. Nel momento della massima sua distensione si iniziò una contrazione dell'utero. Il pallone scoppiò con forte rumore e subito dopo il feto vagì, in due riprese, due, tre volte tanto distintamente che il vagito fu udito dai presenti.

Con ciò non si alterarono punto i battiti cardiaci. Movimenti respiratorî non furono rilevati coll'ascoltazione. Subito si introdusse un altro Barnes. Questo resistette. I dolori continuarono poi validi. Dodici ore più tardi venne partorito spontaneamente un feto vivo e vitale. Non apparve punto avesse aspirato sostanza alcuna nell'interno dell'utero. Questo interessante caso merita un po' di discussione.

La più semplice spiegazione sarebbe la seguente: Il feto al momento della rottura del dilatatore, diventato leggermente asfittico, ha, in seguito a ciò e alla eccitazione prodotta dalla rapida penetrazione dell'aria, risposto con un movimento

respiratorio e con un vagito. L'aria inspirata bastò a togliere definitivamente l'asfissia. Mancò quindi la necessità al feto di fare altri movimenti respiratorî e il feto potè rimanere per tutta la durata successiva del travaglio in condizioni buone. Questa interpretazione del caso ammette però a priori un fattore che clinicamente, durante tutto il tempo in cui l'osservazione fu fatta, non si potè dimostrare l'asfissia: i battiti cardiaci prima della rottura del dilatatore non si mostravano alterati e nulla autorizzava a pensare ad un disturbo nella circolazione placentare. Thorn crede che il feto col vagito non fece un movimento respiratorio e che rimase apnoico.

Nel periodo dell'apnea il feto reagisce agli stimoli esterni, specie a quelli cutanei, con movimenti riflessi. Egli muove le estremità, la testa, il tronco e succhia il dito introdotto nella bocca. Solo coi muscoli respiratorî non risponde allo stimolo. Certamente sarebbe tale fatto difficilmente spiegabile. Mancano fino ad oggi esperimenti per dimostrare questo. Thorn ora crede che il suo caso rappresenti fino ad un certo grado un esperimento. La parte del dilatatore che trovavasi nell'utero, in vicinanza all'orificio uterino interno, sollevò in certo qual modo la presentazione cefalica e portò le aperture respiratorie ancor più vicine al punto dove avvenne la rottura. Con grande forza e velocità fu l'aria proiettata nell'utero e contemporaneamente nelle dette aperture e determinò movimenti espiratorî riflessi il cui effetto fu il suono simile a un vagito fetale che si udì e che fu di breve durata.

Thorn dice che il suo caso può in certo qual modo appoggiare le vedute di Preyer che cioè le eccitazioni esterne, specie gli stimoli cutanei, possano determinare la respirazione. Egli crede che Schwarz abbia dato una completa ed esauriente spiegazione della causa dei primi movimenti respiratorî, spiegazione che non ha bisogno di fattori secondarî per essere ammessa. Solo il disturbato ricambio gazoso nella placenta e la successiva ricchezza di acido carbonico nel sangue fetale agendo sul midollo allungato producono il primo moto respiratorio. Al contrario agiscono nel produrre il primo vagito specialmente gli stimoli esterni e tra questi, più degli altri, i cutanei nel senso di Preyer.

Thorn trova nelle forme prodotte in via riflessa dall'aria penetrata con forza nelle prime vie aeree un'analogia con quelle che Ahlfeld descrisse come forme di respirazione intrauterina fisiologica fetale. Di queste anzi Ahlfeld ha registrato i movimenti ritmici. Il feto deglutisce, come è noto, liquido amniotico. È possibile che anche nelle più ampie vie aeree questo arrivi e che poi per eccitazione riflessa delle forze espiratorie muscolari venga di nuovo espulso. Non si può parlare certamente di una vera respirazione, di una partecipazione cioè degli alveoli polmonari.

Se è ammessa come importante la interpretazione di Thorn noi dobbiamo distinguere due generi di vagito uterino. Uno che deve essere considerato come manifestazione affatto precaria vitale del feto e che si ha solo quando con la presenza dell'aria colpiscano il feto degli stimoli esterni — a questo appartengono

i casi da tempo pubblicati che hanno resistito alla critica; — un altro genere in cui in seguito a condizioni affatto speciali, pure colla presenza di aria nella cavità dell'utero, le prime vie respiratorie di un feto apnoico vengano colpite da eccitamenti esterni determinando movimenti riflessi nei muscoli espiratorî.

S. Flatau (Nürnberg) ha pure osservato e pubblicato un caso di vagito uterino. Egli è contrario alle idee dell'oratore. È affatto impossibile che per la rottura di un dilatatore di Barnes possa arrivare nell'utero una corrente di aria a forte pressione. Se, come disse Thorn, la rottura del pallone avvenne durante una contrazione dell'utero in cui la pressione uterina era diretta all'esterno verso la vagina, per legge meccanica anche l'aria liberatasi dopo la rottura avrà potuto farsi strada all'esterno. L'interpretazione per ciò ammessa da Thorn deve essere, forse in altro senso, modificata.

Dott. BIERMER (Bonn). — Nuovo tavolo ginecologico.

Presenta un nuovo tavolo ginecologico per l'esame diagnostico e per le operazioni. Il tavolo è molto semplice e può venire usato anche mettendo la donna nelle varie posizioni compresa quella di Trendelenburg.

La disinfezione del tavolo può essere accuratissima. Dopo l'operazione, senza spostare la paziente, si può, sullo stesso tavolo, fare, con molta comodità, la fasciatura dell'addome. La donna appoggia su un pezzo di tela teso a metà del tavolo.

Pfannenstiel (Breslau) accenna, a proposito della posizione di Trendelenburg che si può ottenere col detto tavolo, ad alcuni inconvenienti. La paziente non è sospesa ma appoggiata al tavolo colla regione lombo-sacrale. Tale inconveniente si ha anche usando il noto « bock » consigliato e diffuso dal suo maestro, dal prof. Fritsch.

Dott. KOETSCHAU (Köln). — Sull'endotelioma ovarico.

Gli endoteliomi ovarici rappresentano un fatto raro, si presentano circa una volta su 100 tumori ovarici in genere. Essendo così rari questi neoplasmi che dal punto di vista istiologico trovansi tra i carcinomi e i sarcomi, tumori che da Kolaczek dapprima furono classificati tra gli angio-sarcomi e che oggi vengono detti endoteliomi (essi infatti hanno origine dall'endotelio degli spazî linfatici e sanguigni o dai vasi capillari stessi), noi abbiamo poche e staccate notizie di essi. Quantunque non sempre classificati come tali si ricordano i casi di Leopold, di Marchand, di Flaischlen, di Ackermann (Olshausen), di Dixon Jones, di Ekardt (Kaltenbach), di Pomorski (Martin), di Velits, di Rosthorn, di Müller (Recklinghausen) e di Amann junior.

K. mostra due tumori di tale natura appartenenti ad una donna di 54 anni da lui operata il 15 Giugno di questo anno. La storia della paziente è in breve

la seguente: la donna di molto dimagrita, IIIpara (un aborto), maritata due volte e sterile da 15 anni, era da 4 anni amenorroica. Dall'Agosto 1895 cominciò ad accusare dolori addominali e vomito sempre più insistente. Per quanto l'appetito fosse buono tutte le sostanze ingeste (da 6 mesi la nutrizione liquida era solo tollerata) venivano rigettate.

Fu curata da parecchi medici come ammalata allo stomaco. Colla palpazione addominale si rilevava un tumore che arrivava fino a un dito trasverso al disotto del bellico della grossezza della testa di un adulto. Dall'esame combinato si stabiliva che il tumore prendeva origine dall'ovaio sinistro. L'ovaio destro era del volume della testa di un bambino. Tra i due tumori trovavasi l'utero piccolo, senile retroverso. In base alla cachessia fu fatta la diagnosi di un tumore maligno ovarico. Al 15 di Giugnò del presente anno fu la paziente operata di laparotomia. Sul peritoneo trovavansi dei nodetti giallastri grossi quanto la capocchia di uno spillo. L'omento appariva macroscopicamente degenerato, fortemente adeso all'intestino. Ascite non molto spiccata. L'estirpazione dei due tumori fu rapida e facile. L'omento, per quanto lo permettevano le adesioni, fu resecato. Sutura addominale a tre strati. Guarigione per primam senza febbre, senza dolori, senza reazione. La paziente si rimise presto e non vomitò più.

Nel giorno 9 di Luglio venne dimessa guarita. Al 27 di Luglio ritornò di nuovo da K. accusando una tumefazione addominale che datava da due giorni. Nel giorno 31 di Luglio egli dovette, per la forte distensione del ventre e per la dispnea, fare la paracentesi. Dovette ripetere la puntura dell'addome ancora un'altra volta 7 giorni dopo. Il giorno 11 Agosto la donna morì. Il decorso quindi successivo all'operazione fu caratteristico per la natura del male. Macroscopicamente i pezzi anatomici presentavano nulla di speciale. Il tumore di sinistra non aperto, grosso quanto la testa di un adulto, e quello di destra, grosso quanto la testa di un feto a termine, avevano una superficie liscia, grigio-giallastra in parte con colorito bleuastro e rossigno, una consistenza elastica in qualche punto anche dura. Aprendo il tumore di sinistra uscì una grande quantità di detrito molliccio, caseoso, bianco, grigiastro. Nell'interno si trovavano delle cisti uni e multiloculari. In nessun punto trovavasi un follicolo di Graaf o tessuto connettivo normale. Gli spazî cistici numerosi, grossi anche quanto delle mele, davano un aspetto speciale al neoplasma. In totalità i tumori presentavano conservata la forma ovarica.

Se anche a priori sembrava lo studio dell'origine dei tumori solo importante dal punto di vista istiologico, la conoscenza di essa aveva indubbiamente anche un valore pratico poichè interessava di conoscere dal lato prognostico il modo con cui il neoplasma si era fatto strada nei tessuti, e aveva dato luogo a metastasi. L'O. non si estende in dettagli microscopici. Solo presenta i preparati dove passo passo si può seguire la trasformazione degli elementi connettivali in cellule simili alle endoteliari (« die Umwandlung der Bindegewebselemente in epithelartige Zellen »)

da un lato e lo sviluppo diffuso dell'endotelio degli spazî linfatici nel tessuto connettivo. Si trattava quindi, in questo caso, di un tumore il quale aveva interessato tutto l'ovaio costituito da due tipi di elementi: dallo stroma connettivale non più normale e non contenente più follicoli con sviluppo dell'endotelio dei capillari numerosi e da un mediocre aumento di cellule epiteliari che si raggruppavano in forma come di tubi cellulari. Da una serie di fatti (il modo di comportarsi delle cellule, anche se già alterate; la disposizione alveolare di esse: il loro diretto rapporto cogli elementi delle pareti dei vasi) era permesso con sicurezza di stabilire l'origine endoteliare del neoplasma. Il punto di partenza di esso era da ricercarsi negli spazî linfatici che trovavansi tra i vasi sanguigni.

Si sono distinti l'endotelioma vascolare e l'endotelioma linfatico. Nel tumore studiato avevansi le due specie di tumori. Per ciò che riguarda il trattamento Kötschau crede che in questi casi, in cui si hanno metastasi, grave cachessia (senza metastasi rilevabili), ecc., non si debba intervenire in modo operativo.

Koetschau richiama una **forma patologica dell'intestino, non ancora conosciuta,** da lui osservata anni or sono facendo un'autopsia. Si aveva una completa separazione delle tonache dell'intestino in corrispondenza della tonaca cellulosa. Probabilmente una peritonite cronica adesiva riacutizzatasi aveva dato luogo ad un edema infiammatorio delle pareti intestinali. Il versamento linfatico aveva prodotto il distacco delle tonache del viscere. Altre circostanze potevano avere facilitato il fatto. Si avevano nell'intestino, in corrispondenza di una sua porzione, come due cilindri di cui l'uno era interno e l'altro esterno.

Quest'osservazione è pubblicata *in extenso* sul *Centralb. f. patholog. Anatomie.*

P. STRASSMANN (Berlino). — Disimpegno delle spalle e della claviectomia.

Egli ha in due casi praticato tale atto operativo trovando grandi difficoltà nel passaggio delle spalle durante il parto.

In un caso trattavasi di una IXpara di 37 anni con bacino totalmente ristretto. Nessun bambino vivo. Nell'ultimo parto si ebbe una fistola vescico-vaginale. Si operò questa e la donna guarì. Minacciando una rottura uterina (T. 38. 3, P. 114) ed essendo la vagina ristretta per cicatrici, tentativo di forcipe quindi craniotomia ed estrazione della testa col cranioclaste. Claviectomia. Feto femmina lungo cm. 54, pesante gr. 3700. La circonferenza della tuberosità spalle era di cm. 41. Puerperio normale. Nell'altro caso si fece pure la claviectomia. Donna Ipara di 32 anni, bacino totalmente ristretto. Parto protratto (4 giorni, T. 38, P. 126). Craniotomia. Impossibilità del disimpegno delle spalle.

L'operazione è facile, non lesiva per la madre. Quasi sempre è l'eviscerazione superflua. Basta, come nei casi ricordati, la claviectomia da un solo lato. Altre volte in via eccezionale può essere indicata l'operazione bilateralmente.

GOTTSCHALK (Berlino). — Sull'atrofia dell'utero dopo la castrazione.

Pochi sono i dati che si hanno sulle modificazioni anatomo-patologiche dell'utero dopo la castrazione e sulle cause dell'atrofia uterina successiva. L'A. ha potuto fare degli esami su un utero appartenente ad una donna di 34 anni esportato tre anni dopo la castrazione che fu resa necessaria per una grave forma gonococcica. L'isterectomia fu fatta perchè la paziente soffriva da due anni di abbondantissime perdite bianche che nel loro inizio si avevano solo nei periodi mestruali quasi fossero mestruazioni vicarie.

Un anno e mezzo dopo la castrazione la cavità del corpo dell'utero erasi ridotto da 8 a 5 cm. in lunghezza. Esportato l'utero si trovò che la cavità era lunga cm. 4,5. Il canale cervicale misurava 2 cm.

Lo spessore massimo delle pareti era di cm. 1; quello della mucosa di mm. 5.

Le modificazioni istiologiche osservate sono come segue:

Al corpo la mucosa è fortemente atrofica specie sulle pareti anteriore e posteriore. L'epitelio è appiattito quasi in parte a richiamare l'aspetto endoteliare. Mancavano le cilia vibratili. Le ghiandole anteriormente e posteriormente sono in parte scomparse. Le persistenti si presentano raccorciate quasi senza lume sboccanti liberamente alla superficie. Agli angoli e sulla parete del fondo le ghiandole sono di poco ridotte in numero, rettilinee con lume ristretto. Negli angoli vedonsi anche delle cripte ghiandolari. Le ghiandole qui e specie sul fondo uterino si spingono profondamente nella muscolare. In alcuni punti anzi tale fatto è così notevole che per 1[3 la ghiandola trovasi nello strato mucoso e, per 2[3 nello strato muscolare. Il tessuto interghiandolare è povero di elementi cellulari ricco invece di sostanza fibrillare. I capillari della mucosa sono mediocremente distesi e sulla mucosa mancano accenni a forme reattive. Lo strato muscolare appare bene conservato. Quantunque sia ridotto in spessore tuttavia le fibre muscolari conservano il loro aspetto tipico e la loro grandezza. Qui, come nel corpo cellulare della mucosa notasi infiltrazione grassosa. Il connettivo intermuscolare è in aumento.

Al collo la mucosa è molto meglio conservata, più spessa. Le pieghe sono distinguibili macroscopicamente. Il tessuto di essa è molto più ricco di cellule; l'epitelio superficiale, quantunque cubico e senza cilia vibratili, conserva la sua regolarità ed il suo aspetto. Anche l'epitelio ghiandolare è bene conservato. La muscolatura è atrofica. Ogni fibra è al disotto della sua normale grandezza. Gli elementi muscolari hanno subìto un processo regressivo. Il connettivo intermuscolare fibrillare è in aumento. Ben conservato mostrasi l'epitelio pavimentoso sulla superficie esterna della portio.

I vasi uterini non sono molto diminuiti di numero. Non si può riconoscere

nè un'endoarterite obliterante nè la degenerazione jalina. Nelle arterie più grosse sembra la tunica media proporzionalmente più sviluppata.

Ben distinta invece è la strettezza del lume in molti grossi vasi.

Per ciò che si riferisce alla causa dell'atrofia non si potè avere alcun dato che fosse in relazione con la legatura delle spermatiche e con la consecutiva endoarterite obliterante di Benckiser. Mancavano pure caratteri di degenerazione dei nervi cui potesse essere dovuta l'atrofia. Il tono delle pareti dei vasi sanguigni aumentato dopo la castrazione aveva causata la scarsa ripienezza dei vasi.

Cessato il processo dell'ovulazione è naturale cessi la periodica azione dei nervi vasomotori uterini e l'aumento periodico della corrente sanguigna. Le pareti dei vasi allora si irrigidiscono; la loro tonicità aumenta e l'afflusso sanguigno all'utero diventa insufficiente. Così l'organo diventa atrofico. L'idrorrea era legata in questo caso alla notevole maggior penetrazione delle ghiandole nel fondo. Non si poterono nè nei tessuti nè nelle ghiandole riscontrare microorganismi. Non esistevano pure tracce della forma gonococcica precedente.

R. ASCH (Breslau). — Nuove fasciature addominali. Busta ostetrica di metallo.

Presenta delle nuove fasciature addominali che hanno il vantaggio di sostenere con facilità le pareti dell'addome nelle diverse posizioni della donna. Raccomanda ai ginecologi personalmente di prendere le misure per la costruzione delle fasciature perchè queste possano così corrispondere meglio al loro scopo.

Asch presenta anche una busta ostetrica di metallo costruita in modo che venga facilitata la bollitura degli istrumenti nella soluzione di soda.

La busta ha tre divisioni: per i parti in genere, per gli aborti e per le suture. Gli istrumenti ostetrici sono mantenuti fissi in intaccature oblique su un apposito sostegno il quale dopo la bollitura, cogli stessi istrumenti si adagia, a leggìo, sul coperchio arrovesciato. In tal modo possono essere gli istrumenti, perfettamente sterilizzati, a facile portata di mano. Alla busta è unito un forcipe non fenestrato.

Wild, a partire dal 10.° giorno di puerperio, obbliga le sue pazienti a fare alcuni movimenti ginnastici speciali a scopo profilattico contro il rilasciamento delle pareti dell'addome.

(Continua).

CORRISPONDENZA

La lingua Italiana nei Congressi Medici Internazionali

La questione della ammissione della lingua Italiana nei Congressi Internazionali di Ostetricia e Ginecologia pare proceda verso una soluzione favorevole ai legittimi desiderii espressi dagli ostetrici italiani, come lo dimostrano le seguenti lettere indirizzate ai colleghi professori Bossi e La Torre:

Prof. L. M. Bossi.

Paris, 4 Avril 1897.

..... pour me résumer, je dirai que j'accepterai avec plaisir l'Italien de préference à toute autre langue vivante ou morte. LUTAUD.

Paris, 4 Avril 1897.

Je m'associe très volontièrs et de tout cœur à votre demande pour que l'Italien soit admis avec le Français, l'Anglais et l'Allemand comme langue officielle dans les Congrès. Vos compatriotes et vous, avez trop vaillamment pris part au mouvement scientifique, pour que votre demande ne doit pas favorablement s'accueillir.

P. BUDIN.

Londres, 5 Avril 1697.

Je suis absolument de l'avis que la langue Italienne devrait avoir place parmi les langues officielles du Congrès International de Gynécologie.

Elle en a touts les droits et j'éspère que cette lacune n'éxistera plus au prochain Congrès.

C'est avec le plus vif plaisir que je donne mon adhésion.

D. FRANCOURT BARNES.

Prof. F. La Torre.

Bruxelles, 12 Juin 1897.

En principe je ne suis pas du tout opposé à ce que la langue italienne prenne place dans les Congrès Internationaux parmi les langues officielles.

Je compte, dans nos réunions de Moscou, présenter la question au Comité international. JACOBS.

RASSEGNA

Dott. S. PATELLANI (Clinica Ostetrico-Ginecol. del prof. Truzzi, Parma). — **Die mehrfachen Schwangerschaften, die Estrauteringraviditäten und die Enterickelungsanomalien der Weiblichen geschlechtsorgane yom anthropogenitischen Gesichtpunkte aus betrachtet** *(Le gravidanze gemellari, le extrauterine, le anomalie di sviluppo degli organi sessuali femminili considerato dal punto di vista antropogenetico). — Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie,* Band XXV, Heft 3.

Pensando alle idee di Häckel, e precedendo le conclusioni pubblicate poi da Hellin, l'autore considera la gravidanza gemellare come un fatto di origine atavica in quantochè da una parte per una legge oramai provata, l'uniparità dell'uomo viene considerata assolutamente come un segno della sua superiorità, e dall'altra la profilicità ed il numero dei nati di una specie animale stanno in ragione inversa del livello di detta specie nella scala zoologica, e la maggior prolificità va in queste specie tutto a scapito della forza di cui sono dotati i singoli individui di essa.

Nelle varie fasi per cui passa lo sviluppo di un individuo che è situato ai più alti gradini della scala zoologica, noi riscontriamo rispecchiati i singoli organismi di esseri che si trovano sui gradini inferiori della scala stessa, il che si può esprimere colla sintesi Häckeliana seguente: l'ontogenesi riassume la filogenesi. E chi ha qualche famigliarità coll'embriologia trova ad ogni piè sospinto nello studio dello sviluppo dell'organismo umano e meglio ancora degli organismi inferiori a lui, le parlanti prove di questa portentosa frase sintetica di Häckel. Basta leggere la bellissima opera di embriologia di Hertwig per vedere quanta luce getti questa scienza tutta moderna, nel comprendere per esempio le più intricate questioni dello sviluppo dei vertebrati. Im massima poi l'embriologia si può considerare come il vero faro che illumina oggidì lo studio dei corpi organizzati.

Il feto dunque ed il neonato debbano quindi avere in sè qualche cosa che rappresenta delle proprietà e delle stigmate di animali situati su gradini inferiori nella scala zoologica. Ed infatti (appunto a proposito dell'interpretazione antropogenetica della gravidanza gemellare) gli esami delle ovaia provenienti da feti e da neonati (studii eseguiti anche dall'autore), diedero per risultato di trovare una

grande quantità di follicoli in confronto alla relativa scarsezza dello stroma connettivo dell'ovaio, ed una molto maggior frequenza di follicoli con due o più ovuli in confronto di quanto si suole constatare nelle ovaia della donna che si trova nel fiore dell'età sessuale, nella quale invece abbonda lo stroma ovarico, sono più scarsi i follicoli, e sono scarsissimi i follicoli con due o più ovuli.

Procedendo nello stesso ordine di idee l'autore illustra le anomalie di sviluppo dei genitali femminili dal punto di vista antropogenetico, appoggiandosi specialmente ai concetti espressi già da Hart e Barbour nel loro trattato di ginecologia, dove le anomalie di sviluppo vengono considerate piuttosto come fatti derivanti da *mancato sviluppo* piuttosto che di *arrestato sviluppo;* vale a dire condizioni anatomiche che rispecchiano nelle loro forme uno stato di sviluppo che si fissò duraturo nello stadio in cui fu sorpreso mentre procedeva allo sviluppo completo. Di modo che l'autore con numerosi esempii tolti dalla anatomia comparata, prova che alcune forme di anomalie di sviluppo quali si riscontrano eccezionalmente nella donna, non sono altro che la copia fedele di uno stato di cose che si trova normalmente in classi di animali inferiori. Queste *anomalie di sviluppo* vengono così ad assumere la veste di *forme ataviche.*

L'autore poi procede oltre nel suo esame e osserva come negli animali inferiori non solo, ma nei feti o nei neonati le spirali e le volute delle tube siano molto maggiori che non nella razza umana, la quale per altro presenta questo fatto (consentaneo alla legge generale delle ragione autogenetica e filogenetica): che le spirali, e le ondulazioni delle tube sono maggiori e più spiccate mano mano che retrocede dall'età florida sessuale della donna fino al feto contenuto nell'utero, e nei suoi varii stadii di sviluppo. Quindi ecco come le gravidanze extrauterine (che sono facilitate appunto dagli angoli, dalle curve, dalle spirali delle tube) rientrano anch'esse nella grande categoria dei fatti atavici.

Quindi tanto dal punto di vista morfologico che dal punto di vista dello studio delle funzioni, questo studio ha una grande e nuova importanza perchè considera importantissime questioni da un punto di vista nuovo ed assai interessante, ed è con gran piacere che si leggono e si commentano questi generi di lavori che ogni tanto ci estollano dall'analisi minuziosa continua dei fatti piccoli e complicati per portarci anche nel vasto campo delle larghe sintesi delle scienze collaterali alla medicina, come l'anatomia comparata e l'antropologia.

CIOJA.

BIBLIOGRAFIA

Prof. VEIT (Leyden). — **Handbuch der Gynaekologie** *(Trattato di Ginecologia).*

1.° Volume: Asepsi e antisepsi in Ginecologia, LÖHLEIN. — Spostamenti uterini, KUESTNER. — Malattie della vagina, VEIT. — Infezione blennorragica degli organi urinarii e genitali della donna, BUMM. — Anomalie di sviluppo dei genitali muliebri, NAGEL — (pag. 628).

2.° Volume: Malattie della vescica, FRITSCH. — Metodi dell'esame fisico della vescica, VIERTEL. — Infiammazioni dell'utero, DÖDERLEIN. — Atrofia dell'utero, DÖDERLEIN. — Anatomia e istologia dei miomi, GEBHARD. — Eziologia, sintomatologia, diagnosi e prognosi dei miomi, VEIT. — La elettroterapia dei miomi, SCHAEFFER. — La cura palliativa e la miomectomia vaginale, VEIT. — La miomectomia addominale, OLSHAUSEN. — Miomi e gravidanza, OLSHAUSEN — (pag. 814). — Ed. J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1897.

A nessuno dei cultori della ginecologia può sfuggire la grande importanza di questo libro il quale rispecchia lo stato attuale della specialità per opera di autori che sono vere illustrazioni scientifiche del più alto valore, e di quanta considerazione sia degna quest'opera pubblicata a Wiesbaden, nella quale i singoli capitoli sono trattati con prediletta cura in modo fondamentale da ginecologi tra i più rinomati che dell'argomento prescelto fecero oggetto a lunghi e profondi studii speciali e a ricerche originali.

Leggendo questo libro la mente corre subito ad un confronto tra questo trattato e quello di Billroth e Lücke, e si sente soddisfatto dal vedere come questo pubblicato dal Bergmann si sostituisca in modo esemplare ad una mancata terza edizione dell'altro, la cui seconda edizione rimontando a dodici anni fa, manca al giorno d'oggi di molte idee e di molti fatti di cui appunto in questo periodo di tempo si è arricchita la ginecologia.

Per citare subito un esempio di questo fatto basta appunto leggere il *capitolo di Löhlein sull'antisepsi in ginecologia,* capitolo esposto con ammirabile sintetica chiarezza, che manca affatto nel trattato di Billroth e Lücke e che si deve oggi trovare in principio di ogni trattato. Questo capitolo è redatto senza far sentire il formidabile peso della letteratura sull'argomento (e di ciò si può veramente essere grati al Löhlein, visto l'enorme sviluppo di questo ramo e le innumerevoli pubblicazioni relative), ed è redatto in modo che si apprezza subito ciò che fu accertato positivo e di sicuro recentemente in materia. Si direbbe che il piccolo materiale della Clinica di Giessen riesce più persuasivo per la cura con cui fu osservato che non le cifre colossali esposteci dalle grandissime Cliniche d'altrove. La mortalità complessiva nelle laparotomie valutato da Löhlein al tempo dell'antisepsi al 10 0[0, viene portato col metodo asettico a 3 per 75 operate, di cui nes-

suna morì per forme settiche. Delle 243 donne che partorirono nel 1895, nessuna morì (compresa una rottura d'utero) e nessuna presentò gravi fatti febbrili.

Il capitolo che riguarda gli spostamenti uterini redatto da Küstner non è che una novella prova del valore delle teorie fondamentali sull'argomento esposte da B. S. Schultze, teorie di cui il Küstner è rinomato e pregiato sostenitore. La parte fisiologica dei movimenti e della topografia dell'utero e annessi precede la parte patologica, ed insieme alla ricca e consumata esperienza clinica dell'autore in proposito, vediamo citate ed illustrate idee nuove ed originali come, per esempio, il ritenere il mancato *descensus ovariorum* come un sintomo dell'arresto dello sviluppo del tipo femminino, nello stesso modo che il mancato *descensus testicularum* lo sarebbe per il tipo mascolino. Questo mancato *descensus ovariorum* viene considerato (in causa della insolita brevità del legamento ovarico-pelvico), come fattore della mancata antiversione normale dell'utero che verrebbe poi fissato stabilmente in retroversione o retroflessione dalla pressione intra-addominale.

Il Küstner richiama in onore l'operazione di Alexander per la cura delle retro-deviazioni mobili, e non si pronuncia in modo definitivo per esiguità di esperimento sul valore del metodo di Wertheim sul raccorciamento dei legamenti rotondi dalla via vaginale, metodo che permetterebbe in pari tempo anche il distacco delle aderenze fissatrici e la cura degli annessi uterini, e che viene lodato molto dall'autore. Le illustrazioni di questa parte del libro sono 68, quasi tutte originali e frutto dell'esperienza clinica personale dell'autore.

Le malattie della vagina sono trattate dal Veit in modo esemplare, facendo molta parte alle nuove scoperte bacteriologiche, e riproducendo delle osservazioni importanti massimamente dal punto di vista ostetrico.

In un libro di questa natura era più che necessario *un capitolo sulle forme blennorragiche nella donna* e ben pochi meglio del Bumm avrebbero potuto scriverlo così completo. Questo capitolo di 91 pagine è illustrato con cinque figure originali ed è una vera monografia sull'argomento, cominciando dalla parte storica fino alla terapia. Il Bumm a proposito della terapia delle salpingo-ovariti blennorragiche è partigiano dell'operazione vaginale radicale alla Landau piuttosto che della semplice salpingotomia, ritiene cioè che i risultati sono molto più completi e molto più pronti quando venga esportato anche l'utero.

Le anomalie di sviluppo di cui fece cenno Küstner a proposito del mancato *descensus ovariorum,* trovano sul *capitolo di Nagel* una completa esposizione sia dal punto di vista anatomico come dal punto di vista pratico, e a questo proposito è importante notare come vengano considerati i casi di ermafroditismo e di ipospadia prendendo esempio dal caso classico di Katharina Hohmann, che dopo molte discussioni da parte dei scienziati e magistrati prese moglie e fu padre di un figlio.

Le malattie della vescica sono trattate dal prof. Fritsch e dal dott. Vierteb, quest'ultimo per quanto riguarda l'esame fisico della vescica, il primo invece per tutta la patologia e terapia della vescica e dell'uretra muliebre. Quivi emergono sopra tutto i capitoli che parlano della cura delle fistole, dove il Fritsch con una precisione ed una minuziosità veramente degna dell'argomento, ha profuso i tesori della sua lunga e brillante esperienza clinica in materia.

Il prof. Döderlein occupandosi delle forme infiammatorie dell'utero ha dimostrato ancora una volta quanti progressi abbia fatto l'anatomia patologica e la terapia di queste forme, dopo che il campo fu illuminato dalla batteriologia e

dalla microscopia clinica. L'autore distingue l'endometriti in settiche (piogene), saprofitiche, blennorragiche, tubercolari, sifilitiche e difteriche; cioè in endometriti prodotte da microrganismi, ed in endometriti iperplastiche, semplici, croniche, fungose, dove non esiste come causa eziologica l'elemento infettivo. Sono citati tra gli autori italiani: Giglio, Guzzoni, Curatulo, Clivio e Doria.

Ma il punto che maggiormente fu illustrato nel trattato fu *il capitolo dei miomi che fu svolto da quattro autori:* Veit, Gebbard, Schäffer e Olshausen, perchè chi doveva illustrarlo per intero (come avvertesi in una nota) ne fu impedito per malattia; come conseguenza di questo fatto il capitolo così suddiviso fu compilato molto più rapidamente senza perdere in pari tempo nè in estensione nè in coesione.

Per l'istogenesi dei miomi sono citate le più disparate teorie da quella di Velpeau che li fa derivare da un coagulo sanguigno, a quella di Gottschalk che ammette l'ingresso di citodi nelle cellule giganti che per tal motivo proliferando si fanno centro di nodi miomatosi, ed a quella di Wedeler che specializza e mette questi parassiti fra le amebe. Nella parte trattata dal prof. Veit l'eziologia dei miomi è largamente discussa ma senza poter venire ad altra conclusione se non che a questa: di ammettere uno stimolo cronico di natura ignota e il fattore dubbio dell'eredità. Schaeffer espone con molta imparzialità i vantaggi e le contro indicazioni della cura dei miomi col metodo dell'Apostoli, e fornisce dei dati preziosi secondo i quali debbansi scegliere i casi di miomi che possono con vantaggio essere curati mediante l'elettricità.

La cura operatoria dei miomi dalla via vaginale viene descritta da Veit, quella dalla via addominale da Olshausen, il quale divide l'argomento con un capitolo sui miomi e la gravidanza.

Olshausen porta il contributo di numerosissime storie cliniche illustrando le pagine con parecchie figure.

Ulteriori notizie e più diffusa rivista su questo libro ci porterebbero troppo in lungo e fuori dei limiti di una recensione.

Non sapremmo però abbastanza caldamente lodare quest'opera di alto valore e di importanza eccezionale che, come si è detto in principio, continua quella ammiratissima e classica di Billroth e Lücke. CIOJA.

Dottori G. BULIUS e CARL KRETSCHMAR. — **Angiodeitrophia ovarii.** — Dalla Clinica del prof. Hegar, Friburgo i B., Ed. Euke, 1897.

Queste ricerche ebbero la loro origine dal fatto che le nozioni odierne sulle forme patologiche croniche dell'ovaio che non si presentano accompagnate da un notevole ingrossamento dell'ovaio, sono molto ristrette, e non hanno fatto anche in questi ultimi anni che breve cammino. Ed infatti col nome di ooforite cronica vengono accomunate abitualmente le più svariate lesioni dell'ovaio, e ciò tanto da parte degli anatomo-patologi, che da parte dei clinici.

La forma studiata dai due autori (di cui il primo è assistente del prof. Hegar e libero docente), ha dei caratteri ben definiti ed è esattamente illustrata anche con dati microscopici riprodotti in undici figure colorate molto accurate. In questi casi anche la sintomatologia fu sempre costante e tale da autorizzare ad una diagnosi sicura ed alla castrazione. CIOJA.

Dott. H. FEHLING (Halle). — **Fisiologia e patologia del puerperio.** — (1897).

È pubblicata la 2.ª edizione di questa monografia che fu tanto lodata da tutti gli ostetrici e specialisti, e che ha il gran merito di una chiarezza di esposizione eccezionale. La prima edizione fu completamente rifatta, e vi si aggiunsero nuove figure originali. In questa nuova edizione appare chiarissima l'importanza che hanno sull'andamento del puerperio le varie forme e localizzazioni della blennorragia. L'autore chiude il suo libro augurandosi che una sempre più accurata profilassi della febbre puerperale renda inutile anche la cura col nuovo siero per la febbre puerperale.

CIOJA.

Professori HEGAR e KALTENBACH. — **Ginecologia operativa.** — 4.ª edizione, 1897.

Questa 4.ª edizione fu ritardata dalla prematura morte del compianto professor Kaltenbach. Il prof. Hegar dando alle stampe questa nuova edizione del suo trattato ebbe a collaboratori i proprii allievi professori Wiedow, Sonntag, Bulius.

Questo libro già notissimo ai cultori della ginecologia, venne arricchito di molto materiale nuovo e diventò un grosso volume di 920 pagine con 276 figure.

CIOJA.

Dott. EUGENIO CASAZZA. — **Dell'anestesia chirurgica.** (Ricerche storiche). — Bel volume in-8 di pag. 200 circa: L. 2. — Milano, 1897. Casa Tip. Libr. Editrice Ditta Giacomo Agnelli.

Il 50.° anniversario della prima eterizzazione, commemorato lo scorso anno, diede occasione ai giornali scientifici e politici d'ogni paese di rammentare alla riconoscenza nostra i nomi di Jackson, di Morton, di Simpson che nella prima metà di questo secolo avevano fatto la mirabile scoperta. Da ciò indubbiamente nacque nei più la convinzione essere l'anestesia chirurgica cosa affatto moderna e quindi ignorata intieramente dalle precedenti generazioni.

Come la chirurgia, l'anestesia ha data antichissima, e l'autore di quest'opera ha voluto perciò raccogliere e documentare tutti i tentativi di anestesia anteriore a noi, e di cui la notizia ci venne tramandata dai maestri d'un tempo.

Confidiamo che questo lavoro istruttivo sarà per riuscire gradito a quanti prendono interesse allo studio del progresso scientifico.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIX. Luglio 1897. Num. 7.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
LIBRARY
9 AUG 97

Prof. G. EMILIO CURÀTULO

Professore p. di Ostetricia e Ginecologia nella R. Università di Roma,
Socio Onorario della Società Ginecologica di Chicago,
Membro dell'Edinburgh Obstetrical Society ecc.

INTORNO AD UNA NUOVA ORIGINE DELLA PLACENTA MARGINATA

Espongo in questo breve lavoro il risultato di alcune ricerche intorno a quella speciale forma di placenta cui il Kölliker (1) diede il nome di *placenta marginata.*

Non tornerà inutile l'intrattenersi di un argomento tutt'ora oggetto di discussione, avendo avuto opportunità di studiarlo su numerosi casi raccolti sin dall'epoca in cui ero Aiuto nella R. Clinica Ostetrica e nella mia pratica privata.

Infatti, se dal Fabbri, che fu il primo a richiamarvi l'attenzione, al Kölliker, che vi diede il nome, se dal Ruge allo Schultze, al Veit, al Küstner, al Kaltenbach, all'Hofmeier, al Klein, al Roncaglia, al Giglio le ricerche andarono sempre più moltiplicandosi, un accordo però sulla etiologia e sul significato di queste placente non fu ancora stabilito.

Dalle mie ricerche una nuova causa vien messa avanti, onde spiegare la formazione della placenta marginata tipica, a forma di scodella.

Giova anzitutto, l'avere sott'occhio una breve rivista della letteratura dell'argomento.

***

Che Ercole Federico Fabbri sia stato il primo a richiamare l'attenzione degli ostetrici su tale anomalia della placenta è ozioso l'insistervi, dopo che il fatto fu luminosamente messo in rilievo dal

Roncaglia nella sua prima monografia (2). Il lavoro del Kölliker vide la luce cinque anni dopo la pubblicazione dell'ostetrico di Modena, e al primo soltanto dobbiamo l'appellativo assegnato a questa forma di placenta.

Nel caso descritto dal Fabbri (giova tenerlo presente) trattavasi di una placenta marginata tipica, a forma di scodella, centrale, ed egli espresse allora l'opinione che il margine potesse essere prodotto da una anomalia dell'allantoide (3).

È utile, replico, tener ciò presente, perocchè l'etiologia messa avanti dal Fabbri deve solo riferirsi, come egli ha rilevato (4), ai casi tipici, nei quali si ha un infossamento centrale della superficie fetale, limitato all'intorno da un margine relativamente largo, che resta al di là del sito d'inserzione delle membrane.

L'allantoide, in luogo di espandersi come ha per costume, su tutta la superficie del corion, si recherebbe in forma di stretto cilindro sopra una piccola porzione di esso corrispondente alla serotina e lì fermandosi vi prenderebbe aderenza.

Tale arresto nell'espandersi dell'allantoide bisognerebbe spiegarlo ammettendo un'alterazione insita all'allantoide stessa, non potendosi sospettare, secondo il Fabbri, che questo arresto fosse dovuto al rapido distendimento ed all'avanzarsi dell'amnios sulla superficie interna del corion, essendo ammesso che l'allantoide è già tutto disteso sul corion quando vi giunge l'amnios.

Potrebbe obbiettarsi che riesce strano il comprendere come il cilindro così costituito dall'allantoide sia proprio andato ad aderire sul corion in corrispondenza della serotina, ma se ben si riflette, aggiunge lo stesso autore, tale obbiezione appoggia anzi la spiegazione data dell'anomalia, perchè se una tale alterazione dell'allantoide è possibile, qualora essa si verificasse e l'allantoide andasse ad aderire sul corion in corrispondenza della decidua reflessa, l'embrione perirebbe e solo allora potrebbe svilupparsi, quando l'adesione fosse andata a farsi, per favorevole, ma rara casualità, sul corion in corrispondenza della serotina, nel qual caso appunto avrebbe luogo la formazione della placenta anomala da lui descritta.

Il Roncaglia in una prima memoria si schierò tra i seguaci dell'ipotesi enunciata dal suo maestro, ma in una seconda (5) sembra se ne discosti alquanto.

Il Ruge (6), avendo osservato tale forma di placenta in un caso di feto sanguinolento, sostenne che essa si dovesse ad una eventuale raccolta di sangue tra decidua vera e la reflessa ed opinò essere una frequente concomitanza di feti macerati.

Spaeth e Wedl (7), che ebbero campo di esaminare 21 casi di placente marginali, ne attribuirono la causa alla zona di tessuto grigiastro, che si trova sul margine.

Lo Schultze (8) nella discussione in seno alla Società dei Medici e Naturalisti al Congresso di Magdeburg, nel 1884, a proposito di un lavoro presentato dal Küstner, sostenne che l' infiammazione della mucosa uterina è la causa dell' alterazione, e ciò tanto per l' anamnesi raccolta dalle inferme che rilevò sempre una pregressa endometrite, quanto per la grandezza degli elementi deciduali, non che infine per le frequenti aderenze che in questi casi si riscontrano fra utero e placenta, aderenze che non di rado reclamano un intervento manuale.

Lo Schatz (9), nella stessa adunanza, sostenne che se nella maggioranza dei casi l' inserzione dell' ovulo nella cavità uterina si fa a larga base, in altri invece avviene a guisa di polipo.

Sarebbero appunto questi i casi, i quali, secondo lo Schatz, quando non sopravviene l'aborto, danno origine alla così detta placenta marginata.

Il Roncaglia fece notare come la teoria dello Schatz, in altri termini sia identica a quella emessa dal Fabbri, essendo tanto per l'uno come per l'altro, assai limitato il numero dei villi coriali, che va a formare la placenta, la quale per sopperire alla nutrizione del feto è costretta a crescere perifericamente fuori della zona coriale e ad ispessirsi in quel luogo.

Il Küstner (10), pur non escludendo l'infiammazione deciduale durante la gestazione, siccome causa della placenta marginata, però ritiene essa debba avvenire molto raramente.

Negando questo autore qualsiasi influenza all'anello fibroso esistente tra la parte marginata e le membrane, emise una teoria invero assai originale.

Il Küstner afferma trattarsi di una sproporzione tra l'aumento progressivo della parete uterina e quello della placenta.

L'accrescimento della placenta si deve, egli dice, anche al progressivo aumento in estensione della parete uterina; ora, nella placenta

marginata la parete dell'utero si sarebbe arrestata al punto di sviluppo corrispondente all'area coriale a causa di contrazioni uterine insorte durante la gravidanza.

La teoria del Küstner non trovò però fautori, se si eccettua l'Auvard (11), che si mostrò proclive ad ammetterla.

Il Veit (12), sulla scorta di un'osservazione, diede molta importanza alla flogosi cronica della decidua ed al conseguente formarsi dell'anello fibroso intorno all'area vascolare.

L'endometrite deciduale può, come è noto, assumere una forma di iperplasia degli elementi con emorragie ed infiltrazioni di leucociti, forma che corrisponderebbe all'endometrite interstiziale dell'utero vuoto, ovvero può manifestarsi con la produzione di lacune o di spazii comunicanti fra loro, forma che corrisponderebbe all'endometrite glandolare.

Il Veit inoltre, asseriva che in questi aborti si trova l'uovo assai aderente con i suoi villi tanto alla reflessa, che alla serotina e che la reflessa può essere così fortemente aderente alle membrane da formare *come una specie d'involucro e di capsula ispessita.*

***

Richiamo l'attenzione su quest'ultima affermazione del Veit, perchè su dodici casi da me osservati, in tre dei quali trattavasi di placente marginate tipiche a forma di scodella, e nei quali l'aborto era sopravvenuto verso il terzo mese e mezzo, non mi accadde di dover notare, come afferma il Veit, non dico la decidua reflessa aderente alle membrane ovulari a guisa di capsula ispessita, ma nemmeno traccie di essa sotto forma di isole qua e là sparse sul corion, come si suole spesso osservare in casi di aborti.

Il sacco ovulare era solo costituito dal corion e dall'amnios ed alla mancanza completa della caduca reflessa faceva contrasto una decidua parietale ispessita e coriacea, partentesi tutt'intorno dal margine placentale, al quale era rimasta aderente.

Una zona di denso tessuto grigiastro, in mezzo al quale scorgevansi esili villi, occupava il margine delle placente circoscrivendo le membrane, mentre altri villi numerosi e robusti si approfondivano perifericamente al disotto della decidua vera, quasi a dimostrare l'in-

sufficienza del luogo d'inserzione della placenta, la quale per sopperire alla nutrizione del feto aveva invaso i limiti della caduca parietale.

L'anello di tessuto grigiastro, che, come si disse, addossavasi alla base delle membrane, strozzando a guisa di cingolo il sacco ovulare, mostravasi all'indagine microscopica costituito da ammassi di fibrina organizzata, da cellule linfoidi, da residui di emorragie interstiziali, nonchè da tratti di decidua profondamente alterata.

***

È ben noto, quanto controverse siano state le opinioni riguardo alla natura del tessuto grigiastro ricoprente il margine di queste placente.

Il Kölliker, e con lui lo Schultze, lo Schatz ed il Kaltenbach, lo ritennero costituito dalla decidua vera e dalla reflessa. Dello stesso avviso furono il Küstner, il Ruge ed il Veit; il primo di questi però, come si rilevò più sopra, sulla erronea credenza di una mancata proporzione nell'accrescimento dell'utero e della placenta.

Così però non pensava il Klein (13), il quale nel Congresso dei Medici e Naturalisti tedeschi del 1889, osservò, che se i villi crescono in corrispondenza del margine placentale dalla caduca serotina verso la vera, quest'ultima ploliferando sporgerà sulla massa dei villi medesimi ed allora non potrà più chiamarsi decidua vera, ma reflessa, poichè la decidua vera che dalla parete uterina passa sull'uovo prende il nome di reflessa.

Tutte e tre le placente nappiformi da me studiate presentavano uno spessore maggiore del normale e molto caratteristica era la superficie amniotica foggiata a guisa di una coppa.

L'inserzione del cordone ombellicale, come nei casi studiati dal Giglio (14), era alquanto eccentrica.

Tirando in alto le membrane e lasciando la placenta al proprio peso, il sacco ovulare assumeva la forma di un orologio a polvere, le cui due cavità venivano delimitate dall'anello fibrino-deciduale menzionato.

La caduca parietale, che in questi tre casi era stata espulsa quasi in tutta la sua integrità ed aderente al margine della placenta, presentava al microscopio evidenti traccie di flogosi pregresse. Sulla sua

superficie non mi occorse però, di riscontrare dei piccoli tumori polipiformi, come ebbe ad osservare il Veit nei suoi casi.

***

Ora l'avere riscontrato nei miei tre casi la mancanza completa della decidua rivestente il sacco ovulare, mi induce a pensare che il momento etiologico di queste placente nappiformi, possa per avventura, essere diverso da quello messo avanti dal Fabbri e dal Giglio.

Le condizioni speciali della mucosa uterina, nel cui grembo si notano i relicti di flogosi pregresse, renderebbero lecito l'ammettere che vi sia stata una sproporzione tra l'accrescimento dell'ovulo ed il riflettersi della mucosa al sopra di esso. Sproporzione di accrescimento che, se da un canto condurrà in ultimo alla mancanza del normale rivestimento deciduale, che come una capsula avvolge l'uovo nella cavità della matrice, d'altro lato contribuirà alla formazione di quell'anello fibrino deciduale, che a guisa di cingolo verrà poi a strozzare le membrane in corrispondenza della loro base.

***

Pur troppo, come afferma l'Hertwig (15), tutto ciò che noi sappiamo intorno alle prime vicende dell'uovo umano e dei suoi involucri, non è che un lavoro d'induzione, basato sopra quanto è stato osservato negli altri mammiferi.

Così non si ebbe ancora occasione di osservare in qual modo si formi la capsula di mucosa uterina, che a guisa di castone avvolge l'uovo.

Seguendo l'ipotesi di Sharpey, modificata dal Reichert, si accetta oggidì l'idea che l'uovo, dopo il suo ingresso nella cavità uterina, si annidi in un solco della mucosa tumida ed in procinto di mutarsi in decidua.

I margini della fossetta gli crescono presto intorno ed al disopra, finendo per riunirsi e collabire, dando luogo ad una capsula chiusa. Il punto di riunione si trova in un luogo diametralmente opposto al punto dove si effettuò l'adesione dell'uovo sulla mucosa uterina: ivi, dice l'Hertwig, si ha come qualcosa di analogo ad una cicatrice. Inte-

ressante anche da questo punto di vista è il caso descritto dal Leopold nella 68.ª riunione dei Medici e Naturalisti tedeschi in Frankfurt (16).

Charpentier (17) designa col nome di *ombilic de la caduque* il punto per il quale l'uovo comunica ancora con la cavità uterina, dove cioè il saldamento della reflessa non è ancora avvenuto.

Ma, perchè tutto ciò avvenga, è d'uopo che la mucosa uterina trasformata in decidua si presti a simili cambiamenti.

Se essa è la sede di alterazioni infiammatorie non potrà venir rivestendo pari passo allo sviluppo dell'uovo gli involucri di questo.

E sarà facile allora il comprendere come le membrane per lo sviluppo continuo, aumentandosi gradatamente la pressione endo-ovulare e la reflessa non seguendone proporzionatamente l'accrescimento, non troveranno uguale resistenza su tutta la loro periferia, e verranno a fare come ernia sul luogo di minore resistenza, dove non avvenne la espansione ed il saldamento della reflessa, vale a dire verso il polo inferiore dell'uovo.

Così parimenti, si spiegherebbero le emorragie interstiziali riscontrate nella zona di tessuto grigiastro fibrino-deciduale, rivestente il margine della placenta; zona di tessuto grigiastro che in ultima analisi altro non rappresenterebbe che quella porzione di decidua che aveva cominciato a riflettersi sull'uovo e che non avendo potuto seguirne lo sviluppo era stata mano mano spinta, per lo stesso fatto dell'accrescimento, verso la base delle membrane. Così infine potremmo spiegarci la forma caratteristica *a somiglianza di clessidra,* che viene ad assumere il sacco ovulare.

***

Le due figure da me disegnate e intercalate daranno un'idea più chiara del modo di formazione della placenta nappiforme, così come io ho sopra esposto.

Per quanto ben diverse siano le condizioni, oserei dire come nel modo di formazione della placenta a conca, quale sono andato immaginandolo, vi sia tal cosa che richiami alla mente il meccanismo di formazione della borsa delle acque.

Quivi la contrazione uterina aumentando la pressione del contenuto,

mentre porta in alto l'orificio dell'utero obbliga le membrane a farsi strada in basso nel luogo di minore resistenza.

Nella formazione della placenta a scodella da un lato le alterazioni intime di tessitura della mucosa, che mal si prestano a seguire lo sviluppo progressivo dell'uovo, dall'altro la continua e crescente pressione endo-ovulare obbligheranno le membrane a protrudere nel luogo ove manca la reflessa, la quale resterà come un anello addossato alla base dell'uovo sul margine della placenta.

FIGURA I.

Ovulo nei primordi del suo sviluppo rivestito incompletamente dalla caduca ovulare per mancata proporzione d'accrescimento tra uovo e caduca. Comincia a delinearsi il sacco ovulare in forma di clessidra.

L'inserzione di queste placente a forma di polipo, già segnalata dallo Schatz, lungi dall'essere causa dell'anomalia, non è, per noi, che una conseguenza della medesima.

Si comprenderà infine facilmente, come date queste condizioni, un ulteriore sviluppo del feto non possa essere possibile e come tutte le placente nappiformi tipiche appartengano ad aborti di un'epoca che non va oltre il quarto mese di gestazione.

***

In verità, io sono ben lungi dal volere estendere a tutti i casi di placenta marginata questa mia ipotesi, la quale trova fondamento nell'esame dei pezzi anatomici riferentesi ai tre casi osservati.

Anzi, credo che essa non debba ammettersi che per speciali condizioni della mucosa uterina e per la sola varietà di placenta marginata nappiforme o circumvallata, la quale, a mio modesto modo di vedere, non rappresenta affatto, come riterrebbe invece lo Schatz, un primo stadio delle placente marginate, che si sogliono osservare a gestazione a termine.

Così del pari non mi pare debbano escludersi le ipotesi del Fabbri e del Giglio.

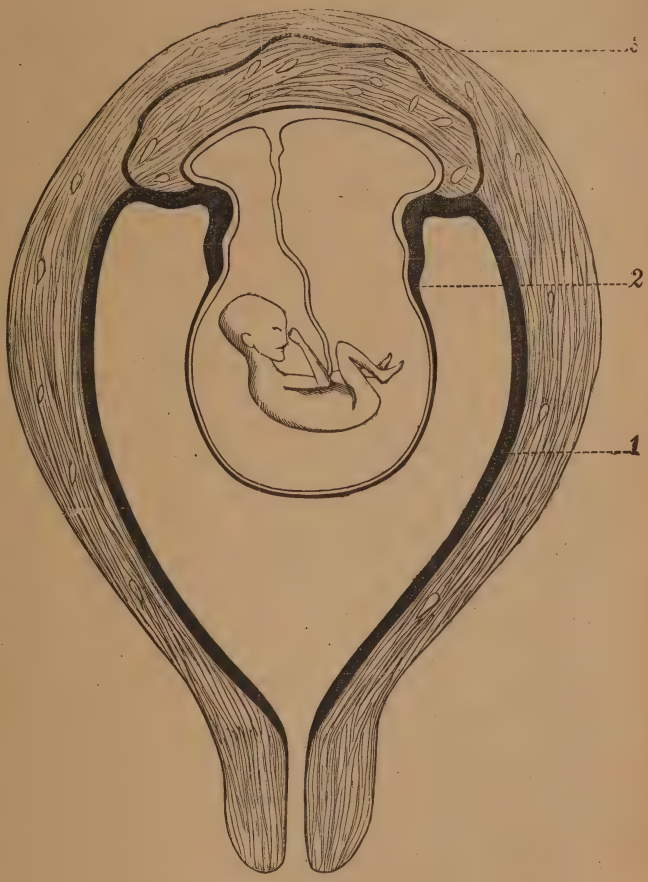
Senza troppo generalizzare divido l'opinione di quest'ultimo ricer-

catore, il quale volle riunire sotto unica entità patologica le placente marginate, le deformate (reniformi, a lingua, ecc.) e le placente velamentose e che volle ritenerle come il prodotto di malattie insite all'uovo e all'utero.

***

Stando all'esame dei rimanenti nove casi da me raccolti e studiati, io sarei indotto ad attribuire il momento causale più a lesioni dell'endometrio che dell'uovo.

Trattavasi quasi sempre di donne, le quali soffrirono di forme croniche di endometriti e spesso di natura blenorragica, mentre in un caso soltanto mi avvenne di constatare la tubercolosi.



FIGUEA II.

Ulteriore sviluppo dell'uovo. — 1. Decidua vera. - 2. Anello fibrino-deciduale che stringe a guisa di cingolo la base delle membrane. - 3. Decidua inter-utero-placentale.

Per quanto concerne le alterazioni riscontrate al microscopio nel tessuto placentale, esse per nulla differiscono da quelle già rilevate dal Giglio nel suo accurato lavoro.

Si osservano gli effetti di processi flogistici a carico dei villi, del corion e della decidua, manifestantesi con forme fibrose, degenerative, cistiche, jaline e metaplastiche.

L'alterazione poi delle pareti vasali, caratterizzata da endo e

peri-arterite con sclerosi, non mi pare possa farci confondere le lesioni riscontrate in tutte queste placente con quei fatti fisiologici assai frequenti ad osservarsi nelle placente normali. Fatti fisiologici i quali, secondo il Pestalozza (18), deriverebbero forse da talune varietà nella evoluzione fisiologica dell'epitelio profondo del corion o strato cellulare di Langhans, il quale destinato a scomparire nell'evoluzione della placenta potrebbe essere, secondo l'illustre clinico di Firenze, il punto di partenza di tutte le produzioni cistiche e di un buon numero dei così detti infarti placentali.

Roma, Maggio 1897.

BIBLIOGRAFIA.

(1) Kölliker. « Alt-Entwikelungs geschichte. » Leipzig, 1879.

(2) Roncaglia. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1889, pag. 355.

(3) E. F. Fabbri. « Rendiconto sanitario della Maternità di Bologna, 1869-70. »

(4) E. F. Fabbri. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1874, pag. 889.

(5) Roncaglia. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1890, pag. 609.

(6) Ruge Carl. « Ueber den Foetus sanguinolentus. » *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie*, Stuttgart, 1877.

(7) Spaeth e Wedl. Riscontra il lavoro del Küstner.

(8) Schultze. *Centralblatt f. Gynaekologie*, 1884, n. 42.

(9) Schatz. Ibidem.

(10) Kuestner. « Ueber die Anatomie und Bedenlung der Placenta marginata. » *Central. f. Gynaek.*, 1884, n. 42.

(11) Auvard. « Travaux d'Obstétrique. » T. II, Paris, 1889.

(12) Veit. « Endometritis decidua. » *Volkmann's Sammlung Klinischer Vorträge*, 1885, n. 254, S. 12. — « Handbuch der Geburtshülfe Heransgegeben » von D.r P. Mueller, II, A. 1. — (« Placenta previa » von Veit, pag. 64).

(13) Klein. « Zur Enstehung der Placenta marginata und placenta succenturiata. » — « Die Menschliche Placenta. » M. Hofmeier, Wiesbaden, 1890.

(14) Giglio. *Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia*, anno 1894, pag. 213. « Sulla patogenesi delle placente anomale. »

(15) Hertwig. « Trattato di Embriologia dell'uomo e dei vertebrati, » pag. 238.

(16) Leopold. *Annali di Ostetricia*, anno 1897, pag. 418.

(17) Charpentier. « Traité d'accouchements. » T. I.

(18) Pestalozza. *Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia*, anno 1894, pag. 229

I SETTI TRASVERSALI DELLA VAGINA

SOTTO IL RAPPORTO DELLA ORIGINE CONGENITA, DELLA PROIEZIONE VAGINALE E DELLA IMPORTANZA OSTETRICA

STUDIO CLINICO-SPERIMENTALE

PEL

Dott. CARLO FERRARESI

(Continuazione, vedi pag. 482).

Ricerche istologiche sulla atresia fisiologica e sopra i sepimenti della vagina.

Continuando la serie di studii che offrono elementi all'indagine della natura ed origine dei setti, ho procurato preparazioni istologiche di un materiale molto svariato. Oltre alcune appartenenti ai setti di due primipare, sorpresi l'uno nel parto, l'altro in gravidanza, vi sono rappresentati anche setti di donne che avevano partorito od erano fuori dello stato di maternità. Finalmente altri preparati concernono vagine di nati a termine o prematuri e di bambine, ottenuti sempre, ad eccezione di pochi, coi mezzi comuni di indurimento e colorazione; inclusione costantemente, in colloidina. Questa parte del lavoro, insieme all'altra dei preparati macroscopici sopra descritti, fu compiuta nel Laboratorio del prof. Brazzola dell'Università di Bologna, al quale non per la prima volta debbo essere grato altamente, nè per la prima volta ho l'occasione d'esprimere tale riconoscenza nelle pagine di questo giornale. Nello stesso Laboratorio ho potuto anche osservare alcuni preparati dell'importante lavoro di Piana e Bassi (1), che come è noto, illustrarono completamente per i primi l'atresia fisiologica della vagina. Essi intrapresero il loro studio per consiglio dell'illustre Ercolani, che già aveva interpretato l'assenza dell'apertura esterna della vagina della talpa (attribuita ad un passaggio di cute sulla vulva) fino al 6.° mese per una aderenza epitelliale, risolvendo così un problema che aveva occupato anche G. S. Hilaire.

---

(1) G. B. Piana e G. Bassi. « Delle aderenze epitelliali della vagina. » *Rivista clinica di Bologna*, N. 11, Novembre 1874.

Con sezioni trasversali e alcune longitudinali di feti umani, di topo, bovini, di gatto, agnello a varie età, poterono confermare il processo osservato da Ercolani nella talpa e gatta, concludendo che il canale vaginale è pervio in un primo periodo di sviluppo (al 3.° mese osservarono un lume unico strettissimo), come in quello definitivo e passa per uno stadio intermedio di atresia da aderenze epitelliali. Questo studio di atresia fisiologica limitato al tratto inferiore del canale, dove comincia la fusione dei tubi di Müller, e che nell'uomo può estendersi a tutta la vagina, è posteriore a quello di completa fusione dei tubi detti e coincide (verso il 5.° mese) col momento di evoluzione dell'epitellio cilindrico primitivo in quello pavimentoso stratificato. La ragione di queste aderenze (che non impediscono l'ulteriore sviluppo dell'epitellio), è probabilmente riposta, secondo questi autori, nello sviluppo della parete muscolare, e nell'azione del *constrictor cunni,* determinanti il contatto. Il distacco successivo delle aderenze è determinato da degenerazione grassa dell'epitellio nell'uomo; nei bovini fu osservato un accumolo di liquido albuminoso tra le pareti in via di distacco, e nei topi un contenuto gassoso. Essi hanno anche attribuito un valore pratico alle aderenze descritte, stante la possibilità di loro permanenza che essi credettero di rilevare in una bambina di 7 anni, permanenza che sarebbe legata all'esistenza di certi nodi epitelliali analoghi a quelli del cancro, frequenti sopratutto verso l'imene. Ravvicinano finalmente dal lato istogenetico l'aderenza vaginale a quella della mucosa palpebrale e prepuziale. Avanti di entrare nella descrizione dei preparati è opportuno ancora riferire altre ricerche di autori, nessuna delle quali però interessa più di quelle ispirate da Ercolani, che anzi rimangono a tutt'oggi il passo più notevole nella storia della dottrina delle ginatresie. Per Tourneux e Legay (1) che riferiscono, 10 anni dopo Piana e Bassi, studii compiuti sopra un ricco materiale di embrioni e, feti di mammiferi e umani, già nel 3.° mese l'epitellio primitivo Mülleriano (che non è nè pavimentoso nè cilindrico) si trasforma nella metà inferiore (vaginale) in un epitellio prevalentemente pavimentoso. Questa metà, che è primitivamente chiusa in basso, allungandosi e appiattendosi le pareti dall'avanti all'indietro, diventerebbe atresica

(1) Tourneux et Legay. Loco cit.

per accollamento e successiva saldatura dal basso in alto. Intanto che si delimita il muso di tinca (processo compiuto alla metà del 5.° mese lunare, mentre le pieghe vaginali sono già stabilite al principio), le cellule epitelliali aumentano per proliferazione attiva e distendono la vagina in tutti i sensi. È a questa distensione, per lo più brusca, che si deve la propulsione dell'imene in basso e, col disgregamento delle cellule centrali, il distacco; ma il processo è variabile per tempo: a metà del 4.° mese in un caso, il canale vagino-uterino di 10 millim., è saldato nel tratto inferiore per 1,8 millim., in altro caso alla fine del 4.° mese, per 13 millim. di tratto vagino-uterino, i 2,5 millim. inferiori sono chiusi, rimanendo una cavità vaginale superiore che in altro caso, a metà del 5.° mese è scomparsa, tantochè al principio del 6.° mese lunare tutta la vagina è chiusa (ma i tagli nell'acqua perdono le cellule centrali). Perciò alla stessa età fetale compaiono stadi differenti. Determinato così, ne' suoi limiti, il processo di atresia fisiologica, riservando di ritornarvi sopra con le osservazioni di due casi, sono da ricordare altre modificazioni, di cui è suscettibile l'epitellio vaginale in condizioni fisiologiche e patologiche. Morau (1) ha osservato trasformazioni dell'epitellio vaginale del *mus musculus* per influenza del coito e ovulazione, che si mantengono a lungo, sotto l'influenza della gestazione. Ripreso lo studio sui roditori, Salvioli (2) modificando le idee, accettate da Arloing, Cheaveau, Luzi e altri, sulla divisione dei genitali della coniglia, ha stabilito che il solo segmento del canale genitale, inferiore al livello dell'uretra e rivestito di epitellio pavimentoso stratificato, è propriamente quello che incontra trasformazioni pel fatto della gravidanza, nel senso di farsi cilindrico e di ritornare alla forma primitiva già avanti il parto.

Ha stabilito anche la forma « spinosa » delle cellule epitelliali, analoga a quella descritta negli epitelli stratificati pavimentosi e nell'epidermide, da Bizzozero. Più tardi nei roditori, Fernand Lataste (3)

---

(1) Morau. « Des transformations épithéliales, physiologiques et pathologiques. » Thèse de Paris, 1889.

(2) Ignazio Salvioli. « Contributo alla fisiologia degli epitelii. Della struttura dell'epitellio vaginale della coniglia e delle modificazioni che vi avvengono nella gravidanza. » *Atti della R. Accad. delle Scienze di Torino*, vol. XXVI, 1890, p. 551.

(3) F. Lataste. « Transformation périodique de l'épithelium du vagin des rongeurs. » Compt. rend. hebd. d. l. Soc. d. Biologie, S. 15 Oct. 1892.

crede rinvenire l'evoluzione in senso contrario, cioè dalla forma cilindrica all'altra, e forse la contraddizione sorpresa coi precedenti e anche con Retterer (1) si spiega con la distinzione topografica affermata da Salvioli. Retterer ha ritenuto la gestazione sola, capace di portare profonde modificazioni nell'epitellio della vagina nei mammiferi. Dichiara che è facile comprendere le evoluzioni descritte, col fatto che anche nei rivestimenti pavimentosi stratificati lo strato basale è cilindrico. Ma in questo concetto era stato preceduto da Pestalozza (2) che nell'epitellio cilindrico vide l'epitellio vaginale ridotto dalla sua più semplice espressione. Lo stesso in altro lavoro (3) studiando profondamente la questione dei rapporti dell'epitellio vaginale con quello delle cisti, a forma cilindrica, conclude per la possibilità di ripresentarsi nella donna, in età adulta, l'epitellio cilindrico, in date condizioni. È forse inutile avvertire che manca un vero strato corneo nella mucosa vaginale che manca pure nella mucosa modificata per prolasso [Crosti (4)]. È importante invece per le discussioni ulteriori, notare che si possono rinvenire in condizioni fisiologiche zaffi epitelliali a strati concentrici entro la mucosa, nei tratti meno ripiegati della stessa, come nelle ripiegature faringee, per azione della pressione, così come si trovano nello stato catarrale od eczema, secondo cortesi comunicazioni verbali e dimostrazioni microscopiche del chiarissimo prof. Maiocchi dell'Università di Bologna. Formazioni simili furono riscontrate nel palato, tonsille, gengive, prepuzio del pene, clitoride, ninfe, principalmente nel feto e studiate da Bland Sutton (5), A. Epstein (6), Leboucq (7) e recentemente da Kanthak (8). Furono anche interpretate come prodotti di inclusione epitelliale, o di ritenzione per lesioni ghiandolari. Comunque intesa, assicurata una così diffusa esistenza nello stato fisio-

---

(1) E. Retterer. « Sur la morphologie et l'évolution de l'épithel. d. vagin d. mamif. » Ibid., 1892.

(2) E. Pestalozza. « Delle cisti della vagina. » *Rivista clinica*, N. 3, 1887.

(3) Idem. « Un caso di ematocolpos. » Considerazioni sull'epitelio cilindrico nelle atresie e nelle cisti della vagina. *Riv. di Ost. e Gin.*, N. 19, 1891.

(4) G. Crosti. « Sul processo di cornificazione della vagina nei prolassi. » Milano, 1890.

(5) Bland Sutton. « Lectures on evolution in pathology. » *Illustr. med. News*, 1889.

(6) A. Epstein. *Zeitschrift f. Heilkande*, 1880, vol. I.

(7) H. Leboucq. *Archives de Biologie*, 1881, pag. 400.

(8) Kanthack. « A few notes on epithelial pearls in foetuses and infants. » *The Journal of anatomy and physiology norm. a path.*, vol. XXVI, Juli 1892, pag. 501.

logico, delle perle epitelliali nelle ripiegature mucose, non è più possibile ritenerle, come Piana e Bassi, quali fattori di atresia, tanto più che apparenze molto simili a tali elementi sono spesso offerte a livello delle sommità di rilievi papilliformi, del derma, in sezione trasversale.

Ho creduto utile precedere con questi cenni, la descrizione dei preparati, tra i quali citerò appena i tagli longitudinali di genitali alla metà del 5.° mese, perchè erano stati destinati allo studio esclusivo delle trombe. In questi tagli grossolani ho potuto tuttavia accertare un'atresia pressochè completa della vagina. Nel caso 12.° della tavola sui genitali induriti, ho osservato le sezioni a debole ingrandimento (Fig. 1.ª, Tav. 3.ª), per riconoscere le curve minori. Le sezioni trasverse del canale si presentano, già ad occhio nudo, come una massa bianca (epitelliale) circondata da un alone rossastro, e percorsa al centro da una traccia di lume lineare, che varia di disposizioni, e che in alto, dove è diventata più spaziosa, contiene una massa centrale grigiastra e granulosa. Nelle sezioni superiori, principalmente, dopo che il grande diametro del lume si è fatto prevalentemente trasversale, da sagittale che era, si vedono comparire tratto tratto entro la massa bianca epitelliale le sezioni di sporgenze papilliformi ampie alla base e ramificantesi mano mano che ascendono verso l'utero, come dimostrano i tagli in serie. Esse sono dipendenze delle colonne anteriori e posteriori. Solo qualche sporgenza, più rara, si vede anche in basso, avanti il mutamento di figura del lume. Le sezioni della regione vulvare, non offrono differenze notevoli tra l'epitellio del lume centrale e quello delle fessure interlabiali, senonchè lo strato basale è molto più alto all'interno.

Il lume comincia a farsi atresico a livello della 5.ª sezione (della tavola), dove è occluso da cellule in via di distacco, mentre le cellule periferiche ripetono la nota divisione in 3 strati principali dell'epitellio maturo.

Insieme allo strato basale cilindrico e a quello medio di grandi cellule poligonali od ovali (il più sviluppato negli spazii tra le papille), si osserva un completo strato superficiale di cellule appiattite, molto più stipate delle precedenti. Così risalta subito allo sguardo la differenza di volume tra le cellule centrali libere e questo strato, tanto più facilmente in quanto alcune superano in grandezza quelle dello

strato medio, misurando fino a 50×20 di diametro le prime (giacenti però in piano), in confronto di 48×10 nelle seconde.

Meno notevoli sono le differenze in alto; però nella sezione 7.ª ho potuto notare la più voluminosa della massa centrale. Sono di forma rotondeggiante e nelle comuni preparazioni (color. all'ematossilina-eosina), presentano un protoplasma pallido quanto più distante dal nucleo che, al contrario dei casi di Tourneux e Legay, non è sempre piccolo e in via di scomparsa, ma talora intensamente colorabile e ampio, talora è rigonfio. Spesso è manifesto attorno al nucleo un alone più chiaro.

Il protoplasma è grossamente granuloso attorno all'alone (Fig. 2.ª, Tav. 3.ª, ingr. Koritska, oc. 4, ob. 8).

Alcune di queste cellule disposte come in catena entro il lume aderiscono ancora tra di loro e in parte all'epitellio superficiale fisso. L'aspetto granuloso del protoplasma con l'alone attorno al nucleo, è però raro nelle grandi masse distaccate che si osservano di preferenza verso l'alto della vagina. Le cellule centrali, in genere, sono bene conservate e nucleate, la forma è quella di cellule pavimentose, come appare dalle poche situate di fianco. Il fenomeno di un distacco così abbondante di elementi appena modificati, insieme alle conseguenze importanti per lo sviluppo della vagina, merita di essere conosciuto ne' suoi stadii, che possono rilevarsi solo incompletamente in questo caso. Intanto la proliferazione cellulare e il distacco più abbondante si verificano in alto. A livello delle masse maggiori che occupano lo spazio centrale, e sono costituite da elementi agglomerati, ma prevalentemente disposti a piatto, si osserva una zona interposta alle masse ed alla parete, che è vuota o contiene, più raramente, trabecole di sostanza amorfa, al tutto irregolari, con sparsi nuclei che sono espressioni della preesistenza di cellule.

Meno di rado si osservano le disposizioni colonnari o a catena, sopradescritte; in ogni caso, piccoli accumuli cellulari che riuniscono la massa centrale alla parete, tanto da far ritenere il reperto precedente, eccezionale. Le aderenze, tra le cellule, però, offrono ancora reperti caratteristici come sono certi speciali mezzi di attacco, veri « ponti intercellulari » visibili a forte ingrandimento, che ricordano grossolanamente gli stiletti che riuniscono isole cellulari nello strato spinoso epidermico. Sono più o meno grossi ponti di sostanza in tutto analoga

al protoplasma delle cellule, ciò che li fa rientrare nel significato delle aderenze precedenti, senza pensare per queste formazioni ad un prodotto artificiale, perchè le cellule presenti sono pressochè inalterate.

Ritornando alle cellule della massa centrale, dove ho rilevato le forme più grandi, debbo riferire di forme più piccole (22×19 μ) che si trovano accanto alle maggiori (40×18) nella sezione 7.ª della tavola. Lo stato granuloso e l'alone perinucleare e le forme degenerative in genere, non sono un reperto frequente nelle cellule distaccate, quanto, almeno, farebbe supporre il concetto degli autori, che il disfacimento cellulare nell'epitellio centrale sia la causa della formazione del lume vaginale, e non piuttosto, principalmente, un disfacimento dei mezzi di unione cellulare. Non si può pretendere ad una notizia completa sul distacco, senza indagare la zona superficiale dell'epitellio fisso, da cui necessariamente procede.

Furono già descritti, sopra, gli strati di epitellio (Fig. 3.ª, Tav. 3.ª, ingrand. Koritska, oc. 4, ob. 4), circostanti alle masse centrali. Le cellule superficiali sono sopratutto appiattite a livello delle papille, e dove probabilmente lo stiramento o pressione dell'epitellio è maggiore. È anche da notare che dove meno sono appiattite le cellule superficiali, ivi (senza rapporto preciso collo spessore dell'intero rivestimento), più abbondanti e recenti (per le aderenze) si manifestano le masse distaccate, segno che l'appiattimento è l'espressione morfologica dell'ultimo periodo che attraversano le cellule fisse. Corrispondentemente a ciò, si osservano nelle insenature della parete, i gradi meno tardivi del distacco.

Così nel caso 13.º della tavola dei genitali induriti, appartenenti a un feto di 27,2 centim. di lunghezza, a vagina occlusa per tutta la sua altezza, è facilmente rilevabile, nelle sezioni medie, come le masse maggiori, in via di distacco, si trovino a livello delle insenature. Esse portansi in direzione raggiata verso il centro del lume, ove le cellule sono addirittura sciolte fra loro, pure conservando evidenti nuclei. Le cellule che serbano aderenze fra loro, mantengono, a differenza del caso precedente, un atteggiamento regolare a strati paralleli alla superficie della parete.

Le cellule che partono dalle insenature, serbano una disposizione analoga a quella originaria, cioè parallela ai lati della insenatura o delle papille, sembrano dunque disposte in senso perpendicolare al

fondo, come numerose colonne accollate insieme. Nel successivo caso 14.°, a 12,5 millim. di lunghezza, del canale vulvo-uterino, i tagli trasversali comprendono anche i pubi. L'intestino presenta un contenuto giallastro amorfo (alcool-ematossilina). La vescica con tre ripiegature (due posteriori e una anteriore) presenta l'entrata degli ureteri a livello un po' differente. È notevole la chiara distinzione di lume tra utero e vagina, confermante quanto avevano osservato in simile età, e anche prima, Kussmaul (1) e Cadiat (2). Anche il lume uterino, a epitellio cilindrico, è differenziato in una fessura trasversale di quasi tutta la metà alta (corpo) e in una figura a Z rovesciato sul lato sinistro (colonne cervicali) come nel secondo dei due feti al principio del 4.° mese lunare descritti da Tourneux e Legay. Questo lume è circondato a distanza da una zona vascolare. Le sezioni della vagina sono manifeste per maggiori dimensioni e una forma di striscia epitelliale ramificata che ricorda i preparati di Piana de Bassi. Attorno alla vagina, molto più da presso che all'utero, sono numerosi vasi sezionati per traverso.

Non esiste nelle sezioni medie della vagina la figura a T con asta mediana posteriore, di Tourneux e Legay. L'epitellio della vagina atresica non è una forma decisamente pavimentosa, ma più prossima a questa che al tipo cilindrico, come già Tourneux e Legay e anche Piana e Bassi avevano osservato a livello dei punti atresici. Le ripiegature della vagina si fanno più numerose in basso, intanto che aumenta la distanza retto-vaginale e diminuisce quella tra vagina e uretra. Quest'ultima è assai ampia e sempre diretta trasversalmente. L'intestino retto si fa ovale dall'avanti allo indietro.

Dopo quella di fessura trasversale ramificata nella vagina, si viene accentuando un'altra figura di lume, a cifra 8 rovesciata di lato, che dimostra la presenza di colonne. Negli spazii laterali l'epitellio è distintamente pavimentoso e le cellule sono disposte concentricamente alle pareti che sono, tuttavia, abbondanti di pieghe. Più in basso cessa questa figura per dar luogo ad un'altra più ampia nel senso sagittale e meno nei lati, sempre ripiena di cellule pavimentose. Interessa a questo punto di richiamare i rapporti coll'uretra, che si fanno sempre più stretti. I due canali cioè si avvicinano, intanto che le loro dimen-

---

(1) V. Tourneux et Legay. Loco cit.

(2) O. Cadiat. Loco cit.

sioni si vengono uguagliando (la vagina diventa più stretta) e dall'uretra parte un prolungamento posteriore, assumendo una figura a T, colla quale si avvicina maggiormente alla vagina fino a toccarla. A questo livello, la vagina è già pervia come l'uretra. Finalmente i due lumi si fondono intanto che la parete posteriore della vagina sembra stirata entro il lume con una sporgenza mediana. Ai lati e in avanti di questo lume unico si osserva una larga zona di tessuto vascolarizzato che si spinge in avanti tra le branche pubiche. Nei limiti più esterni il lume unico è diventato una fessura in direzione sagittale. La vagina non ha dunque sempre una sezione circolare in basso, come si vuole da Tourneux e Legay; pare piuttosto che accenni per tempo a quella disposizione ad H rovesciato, sulla quale ho precedentemente insistito.

La fusione parziale coll'uretra, avanti l'entrata dell'*aditus urogenitalis*, appartiene più precisamente all'altro ordine di quistioni sullo sviluppo iniziale della vagina, discusso altrove.

Nei preparati descritti è contenuto, quasi per intero, il processo di atresia fisiologica, dalle prime fasi fino a quella di proliferazione e distacco compiuto. A complemento di tale studio è senza dubbio necessaria la conoscenza delle modificazioni chimiche, che accompagnano le cellule dallo strato profondo a quello superficiale. Questa conoscenza come si sa è ancora imperfetta in genere nei rivestimenti epitelliali. Crosti (1) ha descritto grosse cellule a reazione amiloidea nello strato soprapillare dell'epitellio vaginale, che attribuisce ad una deficente corrente nutritizia, dovuta ad una trama intercellulare solida, a suo vedere, esistente in cambio di un normale sistema canalicolare intercigliare.

Alle prove ripetute sopra alcune sezioni di vagina di neonata a termine, non assoggettate previamente ai trattamenti nucleari comuni, con la soluzione jodo-jodurata, di violetto e verde di metile mi risultarono le colorazioni caratteristiche diffuse a pressochè tutti gli strati dell'epitelio. Anche nei fornici vaginali di neonata, previamente colorati all'ematossilina Dolafield, dove il rivestimento epiteliale misurava uno spessore medio di 200 μ, una zona spessa 40 μ, più vicina all'orlo libero, presentò una tinta rosso-bruna per la reazione jodica. Ma simili reazioni non sono apparse in numerosi altri preparati di vagine fetali,

(1) Crosti. Loco cit.

che appena accennate nelle cellule superficiali e in probabile via di distacco. Le condizioni determinanti sono dunque incostanti nel feto per estensione. Nulla pertanto si può concludere da simili dati rispetto alla evoluzione normale ed al distacco; è però giustificato l'asserire che, comunque si modifichi chimicamente il protoplasma, questo arriva alla fase di distacco senza aver seguita una evoluzione che annienta la cellula, cioè senza alterazione profonda della costituzione morfologica della cellula, come nel processo di sfaldamento successivo alla comune corneificazione. Così dimostrano le lievi alterazioni riscontrate nelle cellule centrali. Un altro punto che si può rilevare dalle osservazioni è che il processo non è simultaneo nei varii tratti della vagina, e neppure uniforme allo stesso livello nè rispetto alle cellule, nè rispetto ai mezzi di unione di queste ultime.

Che il processo non sia uniforme, è stato osservato con evidenza in certi tratti pianeggianti, a ridosso di papille, dove le cellule superficiali si mostrano assai stipate e appiattite e dove è raggiunta, si può dire, la forma definitiva dell'epitellio. Tra questi tratti e le cellule centrali si ha uno spazio vuoto perchè è cessato il distacco. Tutto l'opposto fu veduto e descritto a livello delle insenature. Quivi l'epitellio non è sollecitato ad appiattire, nè quindi ad invecchiare, per la nota disposizione degli elementi cellulari, disposizione che è continuata (aspetto colonnare) dalle cellule in via di distacco assai lento. È da notare finalmente il lume inferiore già vuoto, e precisamente il tratto di lume che ha direzione sagittale, le cui pareti collo strato superficiale assai appiattito, dimostrano che ivi il distacco doveva essere avvenuto e, successivamente ad esso, il vuotamento del contenuto.

Rimettendo la interpretazione di eventuali rapporti dell'atresia fisiologica, coll'esistenza delle atresie ritenute congenite, a dopo che avrò esposta la letteratura delle dottrine intorno ai setti, passo a riferire i risultati raccolti dai preparati di setti asportati nella vivente. Questa ricerca interessa tanto più in quanto furono praticati raramente esami istologici nei numerosi casi osservati. I casi clinici relativi ai preparati sono esposti più avanti, ma qualche cenno dell'asportazione sarà utile a comprendere l'orientamento delle sezioni.

Preparati *A* (caso clinico N. 25). — Dal maggiore lembo a destra, subito espletato il parto, fu asportato con pinze e forbici il pezzo di

figura grossamente triangolare e di diametri: 6 × 25 mm. Fu scelta quella sede perchè, mentre dopo il parto i setti erano pressochè irriconoscibili a confronto delle disposizioni osservate durante il travaglio, con attenta esplorazione potè stabilirsi che le maggiori distruzioni nel passaggio eransi prodotte a sinistra e in addietro. Il pezzo esciso corrisponde dunque all'orlo destro di un setto altolocato e comprende l'orlo, appunto in uno dei lati lunghi: le sezioni riescono pressochè parallele alla superficie del setto, cogliendo quasi per intero l'orlo epitelliale, ma non a perpendicolo in tutti i punti, causa le ineguaglianze di superficie. Nei tratti più sottili lo spessore dell'epitellio misura 50 μ, in altri fino a 200 μ. Già a piccolo ingrandimento, specialmente accanto alle sporgenze, e in genere in tutti i ripiegamenti accentuati di superficie, si notano singolari disposizioni delle cellule epitelliali, a strati concentrici, da cui risultano formazioni sferoidali, riunite a modo di corone a nocciuoli. Sono atteggiate irregolarmente per seguire gli spigoli, le incavature e occupano gli strati più superficiali costantemente. Queste apparenze variano in qualche punto, nel senso che l'epitellio, quasi interrotto, si aggira con tutti gli strati attorno alla formazione recando l'impressione di un accartocciamento di tutto il rivestimento epitelliale. Seguendo tratti di epitellio addentrato nel tessuto col setto, si osservano ancora accartocciamenti profondamente in seno al tessuto, da fornire l'apparenza di vere inclusioni epitelliali nel connettivo. In poche sezioni l'epitellio è libero di tali formazioni, e presenta il tipo normale, pavimentoso, stratificato della vagina, senza disposizioni papillari, perchè il corion mucoso è piano o leggermente ondulato. Le cellule dello strato basale e adiacenti sono distinte, a nuclei ben colorati e protoplasma pallido. Quelle della zona media sono ancora ovali, ma più allungate e assai pallide, disposte sovra linee ondulate. Nello strato superficiale si hanno elementi molto appiattiti, scarsamente nucleati, tanto da perdere le apparenze cellulari. È in questo strato o nei limiti tra esso e il sottostante che si osservano le formazioni sopradescritte, ma, a bene interpretarle, occorre dire del connettivo sottostante. Quest'ultimo ha nuclei radi, ovali e più o meno grossi. Nelle adiacenze degli addensamenti epitelliali presenta infiltramenti cellulari flogistici e focolai emorragici. Vasi sanguigni scarsi e decorrenti, la maggior parte, nel senso della lunghezza del pezzo. Quella che interessa più, dopo gli infiltramenti notati, è la presenza di fasci di fibre muscolari lisce, di aspetto normale, qualcuno atrofico, verso i punti di epitellio maggiormente alterati, e diretti pel maggior numero nel senso della lunghezza del pezzo. Non raramente i fasci, verso i punti detti, sono dissociati da raccolte ematiche. Che gli apparenti accartocciamenti dell'epitellio siano conseguenza di processi infiammatorii e cicatriziali svolti nel tessuto adiacente, non vi può esser dubbio. Quanto alle figure a nocciuoli delle quali è rappresentata

una delle meno complicate (Fig. 4.ª, Tav. III, ingr. Reichert, oc. 2, ob. 8) esse sono comprese entro uno sdoppiamento dello strato superficiale, che offre in questi punti un aspetto quasi di zona corneificata. Gli strati sottostanti sono inalterati, presentano solo un andamento insolito, causa la superficie d'impianto e irregolari rilievi papillari. Il nocciuolo è costituito di una teca a strati concentrici, di aspetto analogo a quello dello strato superficiale, che manda verso l'interno dei sepimenti irregolari tra i quali sono come annidati elementi cellulari, riconoscibili ai nuclei, anch'essi a disposizione concentrica. Lo strato superficiale in molti tratti si può ritenere scomparso. I rapporti costanti con fatti flogistici di queste alterazioni, fanno escludere che si tratti di prodotto artificiale e probabilmente sono l'espressione complessa di alterazioni del processo evolutivo dallo strato basale al periferico, in rapporto con anormalità di spazio create dal tessuto di granulazione in via di rapido sviluppo. Durante i supposti spostamenti le cellule che non avessero raggiunte le ultime fasi potrebbero dare il significato dei nuclei contenuti nella teca. Invece di queste formazioni, Lyon (1) descrive vacuoli trovati in un pezzo eliminato spontaneamente dalla vagina, alcuni giorni dopo il parto, e appartenente ad un setto che egli ritenne congenito.

Preparati del caso *B.* — Appartiene ad una nullipara di 34 anni, di cui si può già qui esaurire la breve storia: malattie della infanzia diabete m. per 9 mesi. Mestruazioni cominciate per tempo, sempre regolari ma scarse. Ora è vedova dopo un matrimonio nel quale il coito fu sempre penoso. È gracile, cardiopatica. Genitali esterni normali, vagina ristretta a metà da un diafragma anuliforme con orificio ampio centrale, che permette il passaggio a tutta la prima falange raggiungendo facilmente un utero situato normalmente, atrofico. L'orificio ha un orlo resistente, aguzzo e regolare. Tutta la mucosa visibile fino ad esso è uniformemente pallida. A donna collocata sulla sedia ginecologica, divaricando la vagina con due valve, si asporta dall'orlo con pinze e forbici curve un pezzo di figura triangolare, più piccolo di quello precedente. In queste sezioni fatte parallelamente alla maggior superficie (faccia del setto), non esiste traccia di muscolatura, il connettivo ha nuclei oblunghi e sottili (14×5 μ), piccoli vasi che sembrano seguire tutti la direzione del lungasse del pezzo: il maggiore di essi offre una sezione obliqua con questi diametri: 30×120 μ. Differenze dal pezzo precedente esistono pure nell'epitellio che veste tutto un lato e l'apice del triangolo, corrispondendo all'orlo dell'orificio del diafragma. In un tratto incavato dell'orlo si annidano più forti masse di epitellio, così lo spessore oscilla

(1) Lyon. Loco cit.

entro i larghi limiti di 60 e 350 μ. Le cellule epitelliali più grosse misurano 35×25 e nuclei di 12×8. Sono assolutamente assenti i nodi epitelliali precedentemente notati, ma esistono forti sproporzioni di spessore nei varii strati epitelliali, i più costanti dei quali sono il profondo ed il superficiale che è sempre provvisto di nuclei. Però lo strato basale verso l'apice del pezzo offre cellule molto basse, tantochè sembra addirittura sostituito dalle cellule appiattite e stipate. Anche in questi preparati le forme vere papillari sono rare. Invece nel tratto escavato del connettivo si trovano numerose sporgenze papilliformi. In mezzo a queste gli strati di epitellio, che sono regolarmente rappresentati, hanno subìto sensibili spostamenti, ma senza le apparenze di accartocciamenti del caso precedente. Il tessuto adiacente è qui pure infiltrato, ma sono sopratutto interessanti le sporgenze papilliformi per le loro frequenti emorragie e parziali distruzioni. Già nelle porzioni estreme di queste sporgenze filiformi, talora ramificate, è costante la presenza di vasi decorrenti secondo l'asse e sproporzionatamente grossi in confronto col sottile strato connettivale che li circonda. In vicinanza di queste formazioni e, apparentemente nello spessore dell'epitellio, furono notate tre cavità, tra le quali le due maggiori misuravano rispettivamente i diametri 90×50 e 40×30 μ. Queste cavità nei tagli seriali si dimostrano facilmente in continuazione con piccole raccolte emorragiche del tessuto delle papille in rapporto coi vasi descritti. Tali cavità sono poi circondate da cellule cilindriche e dai successivi strati di epitellio che rivestono le sporgenze vicine, tantochè non può rimaner dubbio che esse non siano il prodotto della distruzione del tessuto terminale delle sporgenze papilliformi. Come fu notato in precedenza, i vacuoli non sono un reperto straordinario coi setti vaginali. Ma occorre dare un significato preciso alle sporgenze in discorso. Solo una parte di esse appartiene veramente al novero delle papille, un'altra parte, di figura irregolare, è in continuità con tessuti evidentemente infiltrati, come fu notato sopra. Per questi fatti non è fuor di luogo il pensare che si tratti di stadi differenti di un processo di cicatrizzazione nelle complesse formazioni osservate e che alcune di queste sporgenze, sopratutto quelle in rapporto colle cavità epitelliali, siano il prodotto di granulazioni in buona parte. Questi reperti rischiarano la interpretazione degli spostamenti epitelliali del caso precedente; infatti è notevole che sebbene le papille o sporgenze papilliformi siano in quel caso molto più scarse, tuttavia accanto agli spostamenti epitelliali di ogni genere si trovano costantemente emorragie. La infiltrazione infiammatoria del connettivo accompagna invariabilmente le introflessioni dell'orlo del setto e le irregolarità di superficie. Senz'altro è indubbio trattarsi in tutti i casi, di processi infiammatorii e cicatriziali. Probabilmente anzi concorrono sempre nuovi fatti con quelli antichi, in ragione dei facili traumi che i setti subi-

scono in vita, come ad es. nei rapporti sessuali. Non è inverosimile un nesso di questi colle emorragie osservate. A tali lacerazioni, anche minime, che per sè possono spiegare spostamenti del rivestimento epitelliale, molto naturalmente succedono i processi infiammatori osservati e con questi il rifarsi di aderenze. Tutto ciò fa confermare quello che, a priori, era clinicamente riconosciuto: l'attitudine ad obliterarsi di un setto primitivamente pervio [sulla quale ha insistito anche Roth (1)]. D'altro lato la successiva retrazione cicatriziale aumenta certamente gli spostamenti. Se poi si pensa ai vasi delle esili sporgenze papilliformi, la loro situazione al tutto superficiale, insieme al loro accumulo in dati tratti, e alla dimostrata possibilità di emorragie e di riassorbimenti [Nikiforoff (2)], apre l'adito all'ipotesi che si possano formare cavità perforanti, o ristabilire vie di comunicazione traverso un setto chiuso, ma provvisto ancora di tratti epitelliali nel percorso da una faccia all'altra.

Preparati *C.* (caso clinico N. 26). — Il setto appartiene alla porzione alta della vagina di una giovine primigravida, ed è anuliforme. Ne fu asportato, nella solita maniera, un pezzo piccolo quadrangolare dal lato destro dell'orlo. Esso presenta epitellio solo entro una insenatura dove sono accumulate molte sporgenze papilliformi, e per un piccolo tratto adiacente. In prossimità della insenatura entro un connettivo ricco di vasi, notasi un focolaio emorragico che raggiunge l'epitellio dove si osservano addensamenti analoghi a quelli descritti precedentemente. Il rimanente epitellio presenta un forte spessore della zona media a grandi cellule ovali e grossi nuclei. Non vi è traccia di muscolatura.

Caso *D.* — È proveniente dalla resezione di un cordone che stabilisce aderenze tra l'orlo posteriore dell'orificio esterno uterino e la parete posteriore della vagina di una pluripara, praticata alcuni mesi dopo il parto. Questo cordone, pressochè cilindrico, in gravidanza era notevolmente allungato, tantochè, uncinato e stirato col dito, poteva rendersi visibile alla vulva. Le sezioni sono trasversali e presentano un contorno epitelliale completo. La loro figura è pressochè circolare. Nella massima parte della periferia lo strato superficiale a cellule appiattite costituisce il maggior contingente al rivestimento epitelliale, mentre le papille sono molto scarse e ridotte quasi tutte entro brevi tratti. Vi sono infatti tratti lunghi fino a mm. 1,15 senza papille e poco

---

(1) Roth. *Monats. f. Geb.*, t. XXX, S. 150, 1862.

(2) Nikiforoff. « Untersuchungen über den Bau und die Eutwickelungsgeschichte des Granulationsgewebes. » *Beitr. z. path. an., etc.* V. Ziegler, Jena, 1890. (Ha studiato sopratutto la sorte dei leucociti entro le granulazioni in caso di traumi).

ondulati. In qualche punto uno zaffo epitelliale ampio e regolarmente costituito negli strati profondi, arriva a livello della superficie esterna dove passa lo strato superficiale senza inflessioni. In buona parte di questo rivestimento compare immediatamente sotto lo strato superficiale una stretta zona intensamente colorabile coll'eosina acquosa (trattamento nucleare coll'ematossilina). I vasi sono piccoli e scarsi, in prevalenza venosi; i maggiori verso il centro del cordone. Il connettivo a nuclei fusiformi orientati attorno ai vasi, senza accenno ad accumuli in nessun punto. Le sporgenze papillari non sono vascolarizzate come nei casi precedenti, nè in rapporto con spostamenti epitelliali di cui non esiste traccia. Non havvi neppure traccia di muscolatura. Il caso fa ricordare quello di Winckel (1) dove un cordone grosso un dito si impiantava in basso fino in vicinanza dell'introito in donna pluripara. Ma nel caso attuale non è a dubitare che si tratti di un fatto acquisito di cui si trovano esempi assai noti nella letteratura e descrizioni del processo [in Hecker (2) e Spiegelberg (3)].

Esperimento di un setto artificiale.

Gli elementi finora raccolti per lo studio dei sepimenti, sono insufficienti a decidere come e in quale misura la parete vaginale prenda parte ai setti. A risolvere un tale quesito credetti opportuno un setto sperimentale:

Il 17 Febbraio dello scorso anno, messo il cadavere di una bambina di 15 giorni, in posizione analoga a quella ostetrica sulla sponda di un tavolo, fissata da aiuti, previa incisione mediana dell'addome e distacco dei lembi dall'arco pelvico anteriore, dissecai i tessuti intorno alla sinfisi. Asportai quest'ultima colle forbici osteotome, insieme alle ossa pubiche tanto da aprire una breccia di circa 1 cm. Dissecata la vescica dall'utero e vagina fino ai suoi limiti coll'uretra, fu escisa a questo livello, e sulla parete vaginale anteriore messa così a scoperto fu praticata una incisione nella linea mediana. Per questa si potè distinguere un lume relativamente ampio con creste e colonne marcate e contenuto mucoso scarso. Mantenendo le posizioni dette e stirato l'utero, divaricando le labbra della ferita potei afferrare con pinzette una piega nel tessuto della parete vaginale posteriore un po' a destra della colonna.

---

(1) F. Winckel. Loco cit.

(2) Hecker. « Beobachtungen u. Untersuch. » *München*, 1881.

(3) O. Spiegelberg u. Wiener. Op. cit.

Mediante un piccolo ago di Hagedorn montato su portaghi fu attraversata la piega verso l'orlo con un filo di catgut molto fino. In simile maniera fu passato il catgut nel lembo destro della parete anteriore, senza annodare, e ugualmente fu proceduto nel lato sinistro. La sutura riuscì facile, portando a contatto intimo la parete anteriore e posteriore, ad eccezione del lato destro dove il contatto parve meno completo, tantochè fu applicato un altro punto. Le pieghe afferrate nella parete posteriore della vagina presentavano una resistenza che assicurava non essere sensibilmente alterati i rapporti colle parti adiacenti. Ritenuta così la vagina chiusa e separato in due porzioni il lume ad un livello di poco superiore alla metà, procedetti alla sutura più accurata della ferita longitudinale della parete anteriore, lasciando però un certo adito per la introduzione di un imbuto di vetro di circa 6 mm. di diametro all'estremo inferiore, attorno al quale fissai il filo. Potei allora iniettare nella vagina una discreta quantità di gesso liquido, ritirando l'imbuto mano mano che il liquido penetrava. Dalla vulva divaricata, traverso l'imene, iniettai lo stesso materiale nel segmento inferiore della vagina, e compiuta la solidificazione del gesso, cautamente procedetti a dissecare la vagina previo distacco dell'utero e della vulva. Il gesso si era riversato in una certa quantità nella pelvi senza danno del procedimento. Immersi allora tutta la massa asportata nell'alcool comune.

L'intento dell'esperimento era pertanto quello di formare un setto mediante l'adesione delle pareti anteriore e posteriore, per imitare la disposizione naturale delle pareti a questo livello, e senza alterare i rapporti colla pelvi, per quanto fosse possibile. La distensione, con un mezzo solidificabile, delle pareti vaginali, doveva imitare approssimativamente quella naturale provocata dalle raccolte, e ravvicinarsi alle condizioni di tensione sostenute nel parto, mentre in basso era possibile imitare altre tensioni (speculum, esplorazione digitale, ecc.), ed era inoltre necessario divaricare le pareti per rendere evidente il sepimento e la divisione del lume. Per età inoltre, questa vagina era prossima a quella fetale (formazione congenita dei setti), offrendo contemporaneamente dimensioni che ancora consentivano l'esperimento. Decidere con quali elementi e in che proporzione la parete prenda parte ai setti era possibile solo dietro un esame istologico; ciò che presentava un valore pratico rispetto all'estensione da dare alle incisioni, al giudizio della entità delle lacerazioni, distendibilità vaginale, ecc. Per questo fu preparato l'indurimento della vagina. Ma l' « esistenza virtuale » del setto, come è virtuale quella della cavità vaginale, poteva già decidersi all'atteggiamento della parete nel taglio macroscopico del setto che fa riconoscere un vero diaframma formato dalle pareti, senza interposizione di « tessuto diverso. » Che questo fosse

riconoscibile a priori e già per l'esame digitale, collo speculum, sulla vivente, è indubitabile, ma il linguaggio e le descrizioni di buona parte degli autori, giustificano questo avvertimento (1), a proposito dei setti ritenuti congeniti.

Dallo esame esteriore del pezzo ho potuto verificare che la parete non era visibilmente introflessa a livello del restringimento interno, almeno non aveva assunto la forma a clessidra; come era da attendersi qualora la mucosa avesse tratto con sè l'intera parete. Il reperto non concorda con quello descritto da Zannini (2), che rilevò sul cadavere un'atresia ad un pollice e mezzo sopra l'introito: dall'esterno questa vagina gli diede la impressione come di essere stata stretta entro una legatura. L'atresia però era molto estesa. Il tratto di vagina comprendente il setto, fu separato dal rimanente con coltello da microtomo ad un livello in cui tanto il segmento superiore che l' inferiore del lume vaginale avevano ripreso, presumibilmente, un andamento cilindrico. Questa separazione fu praticata dopo molte immersioni, e di giorni, in alcoli, tantochè i tessuti erano sufficientemente sodi per mantenere la ferma anche tolto il gesso. Questo fu tolto con un taglio coronale del pezzo e riuscendo l'estrazione un po' stentata in causa delle pieghe.

Praticando ora lo studio della cavità, avanti di completare l'indurimento per fini istologici, riconobbi che il setto non era completo, ma permetteva una comunicazione nel lato sinistro in forma di orificio ovale, con lungasse anteroposteriore, e con questi diametri: 3×5 mm. L'altezza della concavità, misurata dal livello nel quale la cavità vaginale perde la forma cilindrica per assumere conicità, ossia l'imbuto del sepimento, è maggiore inferiormente al diaframma, che superiormente, dove per compenso la cavità è più larga assai. Queste altezze misurano: 4 mm. la superiore, 5,5 la inferiore. La figura delle basi rispettive è ovale per l'inferiore con massimo diametro di 8 mm., diretto obliquamente da destra e indietro, a sinistra in avanti, secondo la situazione originaria della vagina nel bacino. La figura della sezione trasversale della cavità superiore, ricorda invece quella dello stretto superiore di una pelvi triangolare, e, meno, quella di un ferro da cavallo: la sporgenza interna posteriore dista dalla parete dirimpetto (aperta) 6 mm., dagli estremi della figura 11 e 14 mm. Le due

---

(1) Nel concetto di un arresto di sviluppo, alcuni autori descrivono le aderenze delle pareti come un tessuto interposto alle stesse. Così Chailly, citato, dà a credere con le descrizioni e le figure di un caso di Dubois. Similmente Debierre, Delaunay, Magendie Husté citati. Un setto non virtuale è nel caso di Danjau, dove un prolasso uterino mantiene a permanenza distese le pareti vaginali.

(2) Paolo Zannini. *Giornale per servire ai progressi, ecc.*, t. I, fasc. I, Venezia, 1834.

cavità comunicanti si presentano dunque (Fig. 5.ª, Tav. 3.ª), come due coni avvicinati per gli apici, dei quali è più allungato e ristretto l'inferiore. Il sepimento ha perciò due facce concave, e il suo spessore minimo, quasi esattamente centrale, misura mm. 2,5, il massimo, alla periferia, 8,5 mm. Nel setto è visibile una linea di incontro delle pareti disposta un po' obliquamente e concava verso sinistra. Il catgut sottilissimo è appena visibile in alto (permise una sezione macroscopica assai regolare).

Le pareti vaginali più distese in alto che in basso, offrono alla base del setto uno spessore medio di 5,5 mm., più in alto 2,5 mm. Le creste sono più distinte in basso. L'utero appartenente a questi genitali, misurava 28 mm. di lunghezza, la fenditura vulvare 26. La vagina era fortemente incurvata nel suo tratto inferiore. Il pezzo di vagina fu così diviso longitudinalmente in una porzione posteriore maggiore, una anteriore minore, delle quali, completato l'indurimento, la prima fu destinata alle sezioni longitudinali, la seconda a quelle trasversali; in tale modo ad uno stesso livello si poterono studiare le due sorta di tagli.

Quello che si deve attendere dall'esame microscopico fu già in parte dichiarato, ma anche la questione dell'origine congenita, mediante il controllo dei sepimenti già descritti, può ricevere qualche lume dall'esperimento così completato. L'aspetto delle figure longitudinali ingrandite è naturalmente differente da quello sopradescritto: a 85 diametri, infatti, le pareti vaginali risultano pressochè a contatto, si presentano l'una con un apice assottigliato e tronco con una concavità, l'apice inoltre è fesso (introflesso) mentre l'altra è ricevuta in questa concavità con un apice tozzo ed ampio.

In altre sezioni si offre anche la ragione di simile ineguaglianza di apici, perchè, rischiarandole nell'olio di bergamotto per conservare i rapporti col catgut, si osserva quest'ultimo in forma di figure più o meno ovali, senza struttura apparente, e di colorito molto scuro (ematossilina) che circonda strettamente l'apice sottile addentrandosi nelle sue insenature. In una sezione il catgut si trova interposto ai due apici, misurato a questo livello offre i diametri $0,7 \times 3,4$ mm. risultando inferiore a quanto appariva ad occhio nudo. Ma anche lo spessore minimo del setto misura appena mm. 1,20 ad un livello che dista dal fondo della insenatura descritta mm. 1,05.

Agli stessi ingrandimenti è facile convincersi, con uno sguardo generale al setto, che tutti i componenti del tessuto sono sensibilmente spostati dai rapporti normali della parete vaginale. Le fibre muscolari longitudinali e i vasi che sono gli elementi più appariscenti in simili sezioni lo dimostrano chiaramente. Le prime infatti colla loro dimensione obliqua, in prossimità delle superfici del setto, trasversale nel

suo mezzo di esso, accennano ad uno spostamento verso l'apice, ad una trazione (manifesta del resto in tutti gli altri elementi) verso un centro corrispondente all'apice stesso. Ho voluto con misure studiare la distribuzione della muscolatura nel sepimento, rilevando che la distanza minima dal punto più profondo dell'epitellio (introflessione dell'apice) alla muscolatura corrisponde a 350 μ. A livello dei punti di sutura, la trazione è naturalmente massima, ma non è corrispondentemente più accentuato l'orientamento descritto, come si vedrà avanti. Fuori di questi livelli lo stiramento è minore e le fibre non convergono più verso l'apice ad angolo acuto, ma vi si dirigono con un ripiegamento più dolce, a curva più lenta. Davanti alle fibre longitudinali, sempre in sezioni longitudinali, le più adatte a questo studio, si osservano sparsi fasci di fibre trasversali. Nei punti più distanti dalle linee di sutura, la muscolatura è assai più ravvicinata all'epitellio, fino ad una distanza minima di 65 μ. Quanto al contegno dei vasi, entro un triangolo descritto dall'orlo del setto e da una base di 4,5 mm. con 3.5 mm. di altezza a partire dall'apice, fu rinvenuto un vaso venoso situato in direzione parallela al piano del sepimento, e distante dall'apice, in sezione, mm. 1,5. I vasi sono accumulati al mezzo del setto e in sezioni oblique, dirette tutte col lungasse parallelamente ai raggi che fanno capo all'apice. In una sezione dell'apice tozzo si vedono vasi avvicinati a quest'ultimo.

Un vaso del diametro trasversale di 70 μ e visibile per un tratto di 650 μ è convesso rispetto all'apice verso il quale manda rami, ne dista mm. 1,12 circa; uno dei rami largo 40 μ visibile per un tratto di 370, tutto diretto secondo un raggio del setto, dista dall'apice 270 μ. Anche pei vasi si osserva, ma con minore regolarità che per la muscolatura, una trazione verso l'apice, e le distanze massime dall'orlo non sono a livello delle linee di sutura. Un terzo elemento da considerarsi è l'epitellio che può essere utilmente considerato anche nelle sezioni trasversali. È spesso 180 μ, in genere ben conservato e in alcune sezioni si trova a contatto intimo con quello del lato opposto. All'accennato stato di conservazione dell'epitellio fa eccezione un tratto di mucosa del segmento superiore alla base del setto, dove l'epitellio basale, squisitamente cilindrico, è rimasto denudato degli strati successivi, ciò che deve essere certamente interpretato come un prodotto artificiale della estrazione della massa gessata. Interessante è pure l'esame delle papille che non risultano di altezza inferiore a quella ordinaria; anzi la superficie di impianto dell'epitellio è ondulata anche nei punti di massimo stiramento. All'apice delle papille si osservano le normali stratificazioni concentriche dell'epitellio.

Riandando le modificazioni osservate all'esame istologico, è chiaro che la nota dominante è uno stiramento di tutti i tessuti, risentito

però da essi in varia misura, in seguito alla trazione esercitata dalla sutura. Lo stiramento è massimo nella parte mediana del setto. Queste erano risultanze prevedibili. Meno era da attendersi il risultato della integrità della mucosa che a differenza degli altri tessuti era a contatto e sotto la pressione diretta della massa dilatante. Il fatto esperimentale però, trova riscontro nell'esame precedente di molti tratti di sepimenti naturali. Sopratutto notevole è che, ad onta dello stiramento, la deviazione dei più importanti elementi (muscolari e vascolari) della parete, è solo parziale: mentre essi sono attratti verso il setto, si trovano in realtà allontanati dall'orlo libero, a confronto di quelli della parete normale, come è dimostrato da misure. Così il setto è costituito prevalentemente a spese del tessuto connettivo superficiale, che è il più stirato. Questa conclusione, che risulta con grande precisione dall'esperimento, non era facile nè sicura nell'esame dei setti naturali, quantunque sia frequente il reperto del connettivo come loro tessuto fondamentale. Connettivo solo o fibre muscolari sono stati per lo più (Puech, Delaunay) messi in conto puramente dello spessore maggiore o minore del setto. Inoltre l'esame dei setti naturali, praticato, necessariamente, per tratti limitati, non poteva per sè, assicurare la provenienza del tessuto, mentre l'esperimento pone in chiaro ogni questione in proposito.

Intorno alla letteratura sulle origini dei sepimenti.

Fu dimostrata, già al principio del lavoro, la difficoltà di separare periodi storici in questa letteratura. Molto semplicemente gli autori possono essere distinti in un gruppo molto esiguo che non ammette casi congeniti, e in un altro (di tutti i rimanenti), che riconosce casi congeniti accanto a quelli acquisiti nella vita estrauterina. Anche le stenosi e atresie congenite sono intese ed accettate da alcuni come il risultato di un arresto di sviluppo (secondo il concetto primitivo di questo) nel periodo embrionale, senza riguardo alla causa dell'arresto. Da altri si accoglie il concetto più moderno di arresto per cause possibili nel solo periodo fetale, oppure quello di processi acquisiti in tutto analoghi agli altri della vita estrauterina. Anche Schroeder parla, in genere, di fatti acquisiti nella vita intrauterina e Goria (1), a pro-

(1) Goria. « Un caso di atresia od assenza congenita, ecc. » *Rivista di Ost., Gin. e Ped.*, Torino, n. 11, 1896.

posito dell'utero accenna alla distinzione delle atresie congenite, in primitive e consecutive.

Ancora tra gli antichi, Paolo Egineta e Rocheo (1), non paiono essersi occupati di cause congenite. Morgagni (2) riferendo molti casi, insiste sulla tendenza all'adesione delle pareti vaginali. Sopratutto è da ricordarsi che egli ha tentato pel primo una spiegazione scientifica delle mostruosità, fondata sopra malattie fetali (3). Is. Geoffroy S. Hilaire (4) tentò una spiegazione dei setti trasversali sopra dati embriologici esatti, cioè sopra la duplicità originaria del canale embrionale. A proposito di un caso osservato nel cadavere, l'anno 1829 all'Hôtel Dieu formulò la ipotesi che i due tubi primitivi anzichè laterali fossero sovrapposti, al momento della fusione, risultando così un sepimento trasversale. La ipotesi è esposta tuttavia con lodevole riserva. Puech (5), dice che è sempre ed esclusivamente un arresto di sviluppo nel blastema medio o vaginale, che dà luogo all'atresia estesa come ai diafragmi congeniti. Respinge la ipotesi dell'ereditarietà. In epoca precedente Velpeau (6) aveva manifestato idee più moderne, ritenendo tutte le sorta di conglutinazioni, delle labbra, imene, ecc., il prodotto di fatti acquisiti. Egli potè osservare setti nella vivente e nel cadavere.

Così Giovanni Raffaele (7) non si occupa che dei restringimenti da cause acquisite, per agglutinamento delle pareti. Cita un caso di donna linfatica rimasta tre giorni in soprapparto, colla testa nello scavo. Ne risultò un cercine duro che fu ritenuto per l'utero prolassato e trattato con un pessario! R. Barnes (8) ritenendo le atresie congenite assai meno frequenti delle acquisite, le considera il risultato di ripiegamenti

---

(1) « Gynæciorum sive de mulierum affectibus commentarii etc. » Basileæ p. Conradum W., pag. 64.

(2) Morgagni. « Delle sedi e cause delle malattie anatomicamente investigate. » Versione di Maggesi, vol. X, Epist. XLVI.

(3) Ch. Bouchard. (Traité de pathologie générale). « Pathogénie générale de l'embrion. » Paris, Masson, 1895. — Morgagni fu però preceduto da G. B. Bianchi (« De naturali in humano etc. » Torino, 1741) nell'ipotesi che le mostruosità derivino da malattie fetali.

(4) Is. Geoffroy S. Hilaire. Op. cit., t. I, Parte II, liv. IV, c. 4.

(5) Puech. Loco cit.

(6) A. Velpeau. Op. cit.

(7) G. Raffaele. « Ostetricia teorico-pratica. » Napoli, 1843.

(8) R. Barnes. Op. cit.

mucosi, contenenti connettivo e fibre muscolari. Corradi (1) cita molti esempi di otturamenti vaginali in seguito ad aborto. Breisky (2) dice meno chiare le cause delle atresie che quelle dei sepimenti longitudinali. Dichiara molto meno probabile il concetto di un arresto di sviluppo che quello di una obliterazione dei condotti di Müller separati o fusi, dovuta a perdita dell'epitellio conseguente ad infiammazione fetale, nella parte superiore e media della vagina. Ritiene difficile decidere la genesi di un setto non solo alla osservazione clinica (poichè l'anamnesi non sempre può escludere un concrescimento nella età infantile), ma anche quella anatomica può rimanere indecisa, mancando spesso combinazioni con altri arresti di sviluppo del corpo, e potendo formazioni cicatriziali accanto ad atresie, che passano comunemente per forme acquisite, derivare invece da flogosi fetali. Ritiene, per contrario, spiegabile come fatto congenito l'atresia imeniale, come quella di tutta la vagina. Lo spessore dell'atresia membranosa supera raramente 3 cm. Osservò i preparati di 7 casi nell'Istituto di Klebs a Praga, e più casi sulla vivente, tra i quali due di atresia retroimenale in neonata con raccolta di muco e di epitelli desquamati. La esile membrana, sporgente a emisfero con le grida della bambina, fu incisa in un caso; nell'altro, distesa a mo' di vescica grossa come ciliegia, si ruppe spontaneamente il 3.° giorno (3).

Poichè siffatte membrane scomparivano senza lasciar traccia, egli pensò trattarsi di semplice turamento epitelliale di pieghe imeniali. Le stenosi congenite membranose, in forma di valvole, pieghe trasversali o spirali ecc., sono più rare delle atresie, ad osservarsi in vita, perchè comparendo nei periodi fetali tardivi, per processo flogistico (come, in un periodo meno avanzato, le atresie) trovano condizioni meno favorevoli all'obliterazione, nella maggiore estensione della vagina e nella più ricca desquamazione epitelliale. Difficilmente trovansi nell'anamnesi i dati per una origine acquisita delle stenosi circolari

---

(1) A. Corradi. « Dell'ostetricia in Italia dalla metà del secolo passato fino al presente. » Commentarii. Bologna, 1877.

(2) S. Breisky. Loco cit., p. 16-20 e 51.

(3) Godefroy, prof. di ostetricia a Rennes, operò un caso simile in una gemella di 2 mesi; il tumore sporgente dalla vulva era bluastro e indolente. Lo riferì ad atresia imeniale. *Gaz. des hôp.*, pag. 567, 1856.

delle primipare. Churchill (1) dice che la vagina può trovarsi chiusa da una membrana (più frequente nella età fetale), che non è altro se non il mezzo di separazione della vagina dalla cloaca, non riassorbita. Anche Delaunay (2), considerando i setti membranosi congeniti come espressioni di arresto di sviluppo, riteneva che la evoluzione irregolare nella disposizione dei diversi germi della vagina, fosse la causa dei sepimenti. K. Rokitanski (3) aveva pensato, a' suoi tempi, ad una poco considerevole mancanza congenita della vagina, per questi casi. Naegele e Grenser (4) si occupano principalmente dei restringimenti dell'orificio uterino esterno, ma ammettono i restringimenti della vagina, congeniti. Caseaux e Tarnier (5) ritengono impossibile l'aderenza completa delle labbra vulvari, per il passaggio dell' orina e dei mestrui. Ricordano Denman, pel quale l'aderenza congenita è tanto meno frequente quanto più si avvicina la pubertà, perchè l'uso degli arti inferiori fa separare le labbra. I sepimenti vaginali sono il prodotto dell'agglutinazione delle pareti. Delore e Lutaud (6) ammettono restringimenti congeniti. W. Thompson Lusk (7) dichiara che il catarro semplice fa scomparire le creste. I restringimenti vaginali da arresto di sviluppo sono tanto più estesi quanto più remoto il periodo di vita fetale a cui rimontano. Nella conglutinazione dell'orificio esterno uterino le mucose sono accollate per tessuto epitelliale spesso o connettivo embrionale per flogosi adesiva. Nel trattato di Spiegelberg-Wiener (8), si dà una buona descrizione istologica della vagina. Sono accennate particolarmente (§ 587) le cause infettive di atresia vaginale e specialmente la « endocolpite puerperale. » Mancando tessuto cicatrizio, Spiegelberg è disposto, almeno per la vulva, a ritenere la adesione congenita. I sepimenti anulari (Ring-stenosen) sono congeniti. Schroeder (9) ritiene

---

(1) Fletwood Churchill et A. Leblond. Op. cit.

(2) Delaunay. Loco cit.

(3) Rokitanski. « Trattato completo di anatomia patologica. » Trad. Ricchetti, T. III, Venezia, 1853.

(4) Naegele e Grenser. Op. cit.

(5) Caséaux et Tarnier. Op. cit.

(6) Delore et Lutaud. Op. cit.

(7) William Thompson Lusk. « Science et art d. accouch. » Trad. Doléris. Paris, 1885.

(8) Spiegelberg e Wiener. Op. cit.

(9) Schroeder-Hofmejer. « Trattato delle mal. degli organi genit. femm. » Traduz. Meyer Crapols, Napoli, 1893.

le atresie inferiori più frequenti e favorite .dal fisiologico restringimento del lume embrionale, avanti la formazione dell'imene, accettando la teoria delle aderenze. Per le atresie elevate ammette la possibilità di un arresto di entrambi i canali di Müller, non fusi ancora, ma in direzione opposta, tantochè il lume inferiore e il superiore possano percorrere un certo tratto l'uno a lato dell'altro.

Nella edizione più recente del suo trattato di ostetricia (1) i setti anulari sono ritenuti congeniti e rari. M. Duncan (2), come Schroeder, insiste sulla distinzione dell'atresia imeniale dalla imperforazione terminale della vagina. Budin (3) ritiene che non si spieghi con basi embriologiche la divisione trasversale della vagina come non si spiega quella del canale cervicale. P. Müller (4) ammette i sepimenti congeniti. Lyon (5) dà il confine tra terzo medio e superiore della vagina, come sede la più frequente dei setti congeniti, in opposizione a Breisky. Kyri (6) ha sostenuto in un caso l'arresto di sviluppo limitato dei tubi di Müller al terzo superiore della vagina. Nel trattato di Tarnier e Budin (7) si giudica che i setti vaginali risultino da difetto di riassorbimento degli elementi che concorrono alla formazione della vagina. Ch. Debierre (8) invece ripete l'opinione di Breisky sopra i processi patologici che abbiano determinata la saldatura delle pareti nella vita fetale. A. Auvard (9), senza pretesa di spiegazione, immagina un « anello patogeno, » inestensibile lungo i canali di Müller fusi, a livello del quale si formerebbero i diaframmi. Miranda (10), pur ritenendo la questione della origine insoluta, fa buon viso all'ipotesi di Heyder, di un ripiegamento delle pareti vaginali davanti a un ostacolo per accumulo

---

(1) Schroeder, Olshausen u. Veit. Op. cit.

(2) M. Duncan. *Transactions obst. soc.*, London, 1883, t. XXIV.

(3) Budin. « Du cloisonnement transv. incompl. du col de l'utérus. » *Progrès Médical*, 2 Avril 1887.

(4) P. Mueller. « Die Krankeiten des weiblichen Körpers in ihr. wechselbez. z. d. Geschlechtsfunctionen. » Stuttgart, 1888.

(5) Lyon. Loco cit.

(6) Kyri (Soc. ost.-gin. di Vienna). *Centr. f. Gyn.*, n. 7, S. 116, 1889.

(7) S. Tarnier et Budin. « Traité de l'art d. accouch. » T. II, Paris, 1888.

(8) Ch. Debierre. Loco cit.

(9) A. Auvard. « Traité pratique de gynécologie. » Paris, Doyen, 1892.

(10) G. Miranda. « Contributo allo studio dei vizi di conformaz. ecc. » *Riforma medica*, 16 Ottobre 1893.

di muco o epitelli disquamati, allo stesso modo che è inteso il formarsi dell'imene davanti all'ostacolo del seno urogenitale. P. Zweifel (1), Edw. P. Davis (2), Verchère (3), Roux (4), accettano la origine congenita per arresto di sviluppo. Kaltenbach (5) ritiene rarissimi i setti anulari congeniti, che denomina allo stesso modo di Schroeder e Ahlfeld (6) rispetto a fatti congeniti non si occupa che delle atresie imeniali. Charpentier (7) fa l'importante osservazione che l'orificio nei setti si trova tanto più frequentemente quanto più sono vicini al collo; ritiene i setti, il più spesso, altolocati. A. Martin (8) dichiara che raramente si dà atresia in seguito a infiammazione semplicemente catarrale. Ostermann (9) fece una comunicazione sopra i « restringimenti anulari congeniti della vagina » l'8 Dicembre 1893 alla Società Ostetrico-Ginecologica di Berlino, alla quale seguì una discussione che mette conto di essere riferita. Il nome dato esprime, secondo O., la forma più comune (quella indicata da Schroeder) nella letteratura tedesca e anche la meno ricordata di recente; costantemente localizzata al terzo superiore, senza ostacolare mestruazione e fecondazione, ma sì il parto. È congenita per la natura omogenea della mucosa e la normalità delle adiacenti parti e per la storia dello sviluppo. Olshausen non accetta tale interpretazione: ammette che questi setti anulari siano più frequenti nella sede notata e principalmente nelle gravide, di quello che appaia dalla letteratura, e senza presentare ostacolo al parto, ma non può spiegarli come un ripiegamento della vagina, premuta in basso, e neppure con argomenti embriologici. Stenosi anulari estese possono prodursi invece in seguito ad ulcerazioni con forma simmetrica, apertura esattamente centrale e con mancanza di cicatrici spesse, tanto da fare ammettere a stento il sospetto di un

---

(1) P. Zweifel. Loco cit.

(2) E. P. Davis. « A manuel of practical obstetrics. » London, 1892, p. 13.

(3) Verchère. « Cloison. trans. d. vagin. » *Arch. de Tocologie, etc.*, Juin 1894.

(4) Gabriel Roux. « Note sur un cas d'utérus double etc. » *Arch. de Tocol. et de Gyn.*, n. 1, 1895 (i setti trasversi come i longit.).

(5) R. Kaltenbach. « Lehrbuch » citato, p. 252.

(6) F. Ahlfeld. « Lehbuch der Geburtshulfe. » Leipzig, 1894.

(7) A. Charpentier. Op. cit.

(8) A. Martin. Loco cit.

(9) Ostermann. Ad. 8 Dic. 1893. *Centr. f. Gyn.*, 3 Febr. 1894,

restringimento stabilito per la cicatrizzazione. Rammenta un caso osservato nel primo parto che terminò con la cefalotrissia, cui seguì un restringimento al tutto simmetrico della porzione alta della vagina, dove l'origine poteva essere dimostrata solo dalla anamnesi non dall'osservazione. Fuori del puerperio, capitano ulcerazioni in seguito a difteria, tifo, vaiuolo, scarlattina, cholera, le quali conducono a stenosi. Siffatti processi locali che sono sempre da attendere in infezioni gravi, sfuggono davanti alla gravità della malattia generale, specialmente nei bambini. La storia dello sviluppo non dà, del resto, alcun appoggio per spiegare i setti trasversali, come lo dà per i longitudinali. Oderbrecht dopo le argomentazioni di Olshausen entra in dubbio sopra i proprî casi che egli riteneva congeniti: tanto più che ha potuto osservare lo stabilirsi di un setto in una Xpara, precedentemente normale, in seguito ad un parto, con cicatrici a stento apprezzabili. Non crede la spiegazione di Olshausen ricercata, anche se l'anamnesi fosse negativa rispetto a malattie dell'infanzia, essendo difficile da raccogliere presso certe donne. Finalmente la mancanza di cicatrici non impone di ammettere l'origine congenita, atteso il lungo tempo decorso e l'epoca di origine del setto (infanzia) cui corrisponde l'energia massima dei processi cellulari. Ostermann difende nuovamente la sua tesi, dichiarando caratteristica la forma descritta, con tessuti al tutto omogenei, una localizzazione così determinata; anamnesi negativa.

Ricorda che nel caso di Oderbrecht vi erano cicatrici ad appurare la diagnosi di origine. Alla stessa Società nella seduta del 9 Marzo 1894, Gottschalk (1) presenta una donna maritata di 32 anni, nullipara, con restringimento semilunare del fornice vaginale anteriore, la quale non ebbe mai lesioni nell'infanzia da far pensare a fatti acquisiti, invece per molte anomalie (abito infantile, statura bassa, caratteri pelvici ecc.) fa pensare ad un difettoso sviluppo del corpo. La membrana semilunare della vagina si prolunga con orlo acuto fino sul collo uterino, ha tessuto molle senza traccia di formazioni cicatriziali. Egli vuole spiegarla coll'appoggio dei dati embriologici riflettenti la formazione del labbro uterino anteriore, cioè colla divisione primaria del getto epiteliale che da luogo al detto labbro, anche meglio che con una divisione

(1) Gottschalk. *Centralbl. f. Gyn.*, n. 21, 1894. « Vorstellung einer Kranken mit angeborener mondsichelförmiger Striktur in vorderen Scheidengewölbe. »

tardiva. Dichiara di avere riscontrate spesse volte queste forme semilunari nei casi di atrofia congenita dell'utero. Spiega pure con getti o addensamenti epitelliali del segmento distale del canale genitale, la formazione dei sepimenti anulari della vagina. Olshausen obbiettando crede con Martin che anche in tali casi si tratti del risultato di processi ulcerativi seguenti a distocie, a operazioni ginecologiche o colpite senile; ma Gottschalk sostiene che ciò era escluso dalla anamnesi, dall'assenza di cicatrici, dalla storia dello sviluppo del labbro anteriore indipendente da quello del posteriore e dalla ipotesi un po' troppo ricercata di un meccanesimo di formazione di un setto acquisito in quel punto. Finalmente più tardi, il 27 Marzo 1896, nella stessa Società, W. Nagel ritorna (1) sull'argomento della dottrina delle atresie dei genitali femminili, esprimendo l'opinione che le atresie estese della vagina siano congenite. Così ritiene congeniti i restringimenti membranosi, ma solo del segmento inferiore della vagina e dati da un concrescimento delle pieghe dirimpetto. Verosimilmente altri restringimenti membranosi sono semplici agglutinamenti analoghi a quelli delle piccole labbra.

L'opinione di Nagel che è noto per lavori di embriologia dei genitali femminili non poteva trascurarsi e avendola, inoltre, aggiunta alla discussione, riferita in precedenza, dove può dirsi raccolta la storia della dottrina delle ginetresie, parrebbe anche esposto completamente lo stato attuale delle stesse, tantochè della letteratura potrebbe bastare. Tuttavia altri cenni anche meno recenti possono utilmente chiarire alcuni punti delle dottrine. Così Fehling (2) crede che il processo della vaginite ulcerosa adesiva descritto da Hildebrandt (3), oltre che nel terzo superiore possa svilupparsi anche in basso nella vagina. Secondo Hildebrandt stesso tale colpite può capitare in età molto diverse, Winternitz (4) ritiene però che siano più frequenti le atresie congenite, che le acquisite, nel determinare ematocolpo ed ematometra. Pozzi (5)

---

(1) W. Nagel. *Centralbl. f. Gyn.*, n. 18, 1896, p. 519.

(2) H. Fehling. « Lehbuch der Frauenkrankeiten, » p. 122

(3) Hildebrandt. « Ueber eine eigenthümliche Form von Vaginitis. » *Monatschrift für Geburtskunde*, Bd. XXXII, p. 128.

(4) E. Winternitz. « Hämakolpos nach Vaginitis adhaesiva ulcerosa. » *Centralbl. f. Gyn.*, n. 13, 1895, S. 334.

(5) Pozzi. Op. cit.

ammettendo la derivazione dei così detti imeni supplementari da persistenza parziale delle saldature vaginali embrionali, può supporre che l'atresia retroimeniale corrisponda alla parte terminale imperforata dei tubi di Müller e che atresie estese del terzo superiore siano conseguenza anche di arresto di sviluppo dei detti tubi in un tratto limitato. Il dott. Magendie-Husté (1) ha creduto di spiegare le atresie con un mancato riassorbimento dei tubi, di Müller che sarebbero primitivamente cordoni massicci; quanto alla causa dell'arresto egli pensa alle cause generali delle mostruosità, a sofferenze nella vita intrauterina ecc. Recentissimamente Mackenrodt (2) ha dichiarato che la massima parte delle atresie della vagina, finora ritenute come congenite, sono da ritenersi acquisite, come quelle che si sviluppano nella età infantile in seguito ad un processo locale infiammatorio rimasto inosservato. Una importante comunicazione sulle cause delle atresie è stata fatta alla Società Medica di Pietroburgo, nell'adunanza del 26 Ottobre 1895, da Popoff (3). Si trattava di un caso raro di atresia vaginale in una nullipara di 45 anni. Questa aveva espulso dai genitali un fibroma cervicale necrosato che aveva provocato lesioni della vagina e consecutiva atresia cicatriziale del terzo superiore. Mentre siffatte atresie sono rare, è ben nota invece l'influenza di tumori, in via di necrosi, sulle mucose a contatto.

A questo proposito è notevole il caso di Roncaglia (4), di un tumore voluminoso a nutrizione compromessa da stiramento ed assottigliamento del peduncolo uterino e da strozzamento dovuto alla cervice, tantochè ulcerato venne a stabilire vaste aderenze colla vagina, divenute poi nuove sorgenti di nutrizione pel neoplasma. Tornando a Popoff, questi fa una nuova classificazione delle cause dell'atresia acquisita, col criterio del concorso od assenza di microorganismo. All'ultimo gruppo ascrive: *a)* tutte le cause di indole operatoria: colpocleisis di Simon, colporafia di Winckel, colporafia di Lefort e Neugebauer, estirpazione di polipi vaginali; *b)* traumatismi del parto, da pessarii,

---

(1) L. Magendie-Husté. Loco cit., p. 18.

(2) A. Mackenrodt. « Ueber der Künstlichen Ersatz der Scheide. » *Centralblatt f. Gyn.*, n. 21, 1896, p. 546.

(3) Popoff. V. *La Gynécologie*, Ie année, n. 5, 15 Avril 1896.

(4) G. Roncaglia. « Contributo da servire allo studio delle vaste aderenze connett. degli enormi polipi uterini colle pareti vaginali. » *Annali di Ost. e Gin.*, n. 2, 1894.

corpi stranieri ecc.; *c)* causticazioni da agenti chimici e fisici. Il gruppo delle cause microbiche può essere distinto in una serie di fatti generali e in un'altra di fatti locali. Tra i primi *a)* tifo, scarlattina, roseola, difteria, pneumonia acuta, *b)* lesioni puerperali setticemiche, saprofitiche ecc., *c)* malattie infettive croniche come tubercolosi, sifilide, blenorragia cronica, cancro, *d)* la vaginite ulcerosa adesiva di Hildebrandt. Ammette le atresie congenite e la difficoltà del diagnostico differenziale dalle acquisite, dichiarando decisiva solo la presenza di tessuto cicatrizio. Dice che le atresie acquisite saranno tanto meno frequenti, quanto più pronto sarà il soccorso medico, ed il popolo civile. Popoff non ha citato particolarmente il cholera, almeno per quanto appare dai resoconti, ma le questioni relative, sono state oggetto di interessanti studi, dopo il noto lavoro di Slawjanski (1); così tra altri Simmonds (2) e Deycke (3) confermarono la già nota recettività delle donne affette per le invasioni bacteriche (processi ulcerosi e difterici) per indebolita resistenza organica. Winckel (4) ammette varie sorta di colpiti quale causa di atresia: quella dissenterica, due volte vista nel cadavere, micotica, gonorroica, erisipelatosa, tubercolare gommosa, luetica, milliare, erpetica, adesiva di Hildebrandt, enfisematosa (colpoliperplasia cistica) pustolosa, cruposa, difterica, cangrenosa, dissecante, noma vaginale, urinosa. Winternitz, citato, ricava da Breisky le cause dell'atresia acquisita in quest'ordine: 1.° necrosi e ulcera puerperale; 2.° cadute; 3.° pessari; 4.° causticazioni; 5.° manovre operative; 6.° infezioni: tifo, cholera, vajuolo; 7.° pregressa lue: vaginite ulcerosa di Hildebrandt. Simpson (5) descrisse già una vaginite adesiva delle neonate.

Mentre è evidente nella letteratura il disaccordo intorno al modo di originarsi dei restringimenti non cicatriziali, non appare che siavi miglior accordo, neppure tra quelli che ammettono atresie congenite per arresti di sviluppo, sopra le sedi più probabili delle stesse. Lyon ritiene com'è noto quale sede delle stenosi congenite il limite tra il

---

(1) Slawianski. « Endometritis decidualis hemorragica bei Cholerakrauken. » *Arch. für Gyn.*, Bd. XV, 1872.

(2) Simmonds. « Cholerabefunde etc. » *Deutsche med. Wochenschr.*, 1891.

(3) Deycke. « Ueber Leichenbefunde bei Cholera etc. » *Deutsche med. Woch.*, 1893.

(4) Winckel. Loco cit.

(5) Simpson. « Clinical lecture of diseases etc. » Edinburg, 1872.

terzo medio e il superiore, presso a poco all'incontro tra il germe proveniente dal foglietto esterno e i tubi di Müller. Similmente opina Ostermann. Secondo i concetti espressi da Dohrn, invece, in questa sede si dovrebbero trovare i setti acquisiti. Breisky stesso, quantunque non riconosca appoggio nella anamnesi per interpretare le membrane del terzo superiore nelle primigravide, ritiene più probabili le forme congenite nella zona imeniale. Roman (1) ammette come più frequentemente congenite le atresie del terzo medio ed inferiore, nel superiore sono per lo più acquisite. Kiwisch (2) accenna a fatti congeniti nella zona più bassa, pur dichiarando difficile la distinzione tra setti congeniti e acquisiti. Anche Kleinwächter (3) crede alla sede bassa dei sepimenti congeniti, dei quali potè trovarne soltanto 20 nella letteratura, mentre Heyder ne trovò appena 5. Le sedi preferite dei restringimenti sono quelle dove le pareti della vagina si trovano a più intimo contatto, cioè verso l'introito e sotto la portio. Hegar (4) ritiene le vaginatresie congenite più frequenti di quelle acquisite, al contrario di quanto avviene nell'utero, e mentre i precedenti notarono casi tanto scarsi nella letteratura, dove anche Nieberding (5) ne vide appena 15 e Delaunay, citato, 28. È importante, sotto questo aspetto, lo studio di Schumann (6) che distinse quanto a sede i casi di setti anulari congeniti, raccolti nella letteratura: un quinto appena dei casi appartiene al terzo superiore, mentre due quinti si trovano nella zona media e due quinti in quella inferiore. Da questa statistica appare dunque confermato ciò che si giudica dalla maggioranza degli autori citati, cioè che i setti congeniti siano di preferenza collocati nella parte inferiore della vagina.

La forma di sepimenti sulla quale Gottschalk, sopra citato, ha recentemente richiamato l'attenzione, è verosimilmente più frequente di quello che appaia dalla letteratura, perchè più facili a sfuggire ad esami non competenti che i setti completi. Anche per questi casi la

---

(1) Roman. Loco cit.

(2) Kiwisch. V. R. *Klin. Vörtr.*, II Abt., Prag, 1852,

(3) Kleinwaechter. « Die angeborenen partiellen Vereng. d. Vagina. » *Prag. Med. Woch.*. 48, 1890.

(4) Hegar. V. Roman.

(5) Nieberding. « Ueber eine eltene Anomalie der Vagina. » *Münch. Med. Woch.*, 1891,

(6) Schumann. Loco cit.

questione della origine è in condizioni analoghe a quelle dei setti completi. Mentre infatti, Gottschalk ammette per una piega del fornice anteriore, l'origine congenita che è pure ammessa da Soller (1) per una piega della parete posteriore, Collinet (2) in due casi ha dimostrato l'origine acquisita, nell'uno per ulcera venerea, nell'altro per causticazione. Sarebbe ormai superfluo aggiungere citazioni per dimostrare il disaccordo di opinioni, antico e recente, nella letteratura. Anche Decio (3), recentemente ammette per un' atresia del terzo superiore, un arresto di sviluppo, mentre già Le-Fort, citato, aveva dubitato, rispetto a tutte le osservazioni dei predecessori, se fosse ammissibile la causa per arresto di sviluppo, e Meissner (4) non riconobbe, a' tempi suoi, stenosi congenite all'infuori delle retroimeniali. Che il dubbio di Le-Fort sia anche oggi pienamente giustificato, lo provano alcune osservazioni dove la indole acquisita del sepimento è pressochè certa: così Nieberding (5) ammette quale congenita una stenosi a 44 anni, coesistente una endometrite, ed Eberlin (6) dichiara congenita una stenosi a 28 anni in un caso dove a 12 anni eravi stato tifo e a 18 vaiuolo, mentre Ferè (7) assicura una stenosi, congenita, a 84 anni.

Non si potrebbe, del rimanente, terminare queste indagini della letteratura, senza riferire della ricca raccolta di casi fatta da F. L. Neugebauer nel lavoro sopracitato, raccolta di 1000 citazioni comprendente con 72 casi di propria osservazione anche casi di assenza di vagina, di aderenze vulvari, ecc. Sopra circa 400 osservazioni di cui risulta accertabile la causa (all'infuori dei casi ritenuti congeniti), molto più della metà è riferibile a lesioni da parto o puerperali; anche un forte contingente è recato da manovre ostetriche o pratiche chirurgiche (colporafie ecc.). Seguono per ordine di frequenza, i traumi nell'età infantile, il tifo, la sifilide, le causticazioni con liquidi (tra le quali 3

---

(1) Soller. « De l'existence d'une valvule inserée sur la paroi postérieure supérieure du vagin. » *Revue méd.-chir. et d. mal. d. femmes*, Paris, 1882.

(2) Collinet. « Des modifications des organes génitaux de la femme à l'époque de la ménopause. » Thèse, Paris, 1887.

(3) Decio. « I primi 15 mesi del Comparto ostetrico-ginecologico dell' Ospedale Maggiore di Milano. » *Annali di Ost. e Gin.*, Marzo-Aprile 1890.

(4) V. F. L. Neugebauer. Loco cit.

(5) Ibid.

(6) Ibid.

(7) Ibid.

con acido solforico, a scopo di aborto criminoso), vaiuolo, colpite senile (e 3 casi di colpite dissecante), infezioni generali e processi ulcerosi non definiti, dissenteria, colpite catarrale, erisipela della faccia, ulcera venerea, blenorragia, cauterizzazione attuale, cangrena, pustola, tubercolosi acuta, pneumonia, scarlattina, difteria, penfigo, galvanocaustica, ecc. L'A. accenna a molti casi dovuti ad alterazioni da pessarii, riferiti in altro lavoro (1). Anche egli lamenta come Puech che una casistica così importante per le questioni terapeutiche sia ginecologiche che ostetriche connesse ad una anomalia talora fetale, sia tanto sparsa da renderne difficile la raccolta. Finalmente Meyer (2) combattendo la dottrina della infiammazione fetale, quale principale causa delle atresie, con la critica della casistica stabilisce un certo numero di momenti etiologici, dal semplice catarro vaginale alla gonorrea con tutte le infezioni acute della infanzia.

(Continua).

---

(1) Neugebauer. « Zur Warnung beim Gebranche von Scheidenpessarien. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLIII, Hft. 1.

(2) E. Meyer. « Zur Atiologie der Gynatresien auf Grund der einschlägigen Kasnistik. » *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXIV, Hft. 3. V. *Centralbl. f. Gyn.*, 1896, n. 46.

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Pavia
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

Tachicardia e midriasi unilaterale post-laparotomiche

NOTA DEL
Dott. ENRICO TRIDONDANI
Assistente.

Nelle conseguenze immediate di un grande atto operativo, quale è sempre una laparotomia, tutti i fatti che si scostano dal comune sono degni della massima considerazione, e meritano di essere studiati nelle loro cause e nel significato ch'essi possono avere nei singoli casi. Quello che io sto per esporre riguarda un'operata di ovariotomia, in cui immediatamente dopo l'atto operativo si osservò un notevole acceleramento del polso e una spiccata midriasi della pupilla destra: fatti, di cui non s'aveva avuto accenno durante l'atto operativo, e che si dissiparono completamente in capo a due ore, mentre la loro intensità fu tale da far pensare sulle prime ad una grave lesione centrale.

Negli *Annali* del 1892 il prof. Mangiagalli illustrava due casi di tachicardia consecutiva ad operazioni laparotomiche, e l'anno dopo altri due ne venivano pubblicati da P. Negri (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1893, N. 6). Aggiungendo ad essi quello ch'io sto per riferire, ne credo interessante la pubblicazione, perchè si ebbe in esso l'associazione della tachicardia colla midriasi in una paziente in cui l'atto operativo fu compiuto colla massima regolarità, ed in cui, all'infuori dei fugaci fenomeni suddetti, il decorso post-operatorio fu dei più regolari. Fu sopratutto la unilateralità della midriasi, che più specialmente attrasse l'attenzione nostra su questo caso clinico. E certo non lieve è l'interesse che esso offre, se il prof. Mangiagalli, che mi indusse ad illustrarlo, su più di mille laparotomie da lui eseguite, ebbe per la prima volta a notare questa singolare associazione di fatti.

***

Bert..... Teresa, d'anni 36, sarta, di Monteleone, affetta da cisti paraovarica destra con reliquati di perimetrite, veniva sottoposta a laparotomia il giorno 3 Marzo 1897. L'esame generale, eseguito prima dell'operazione, non aveva fatto rilevare nulla di anormale da parte del cuore, dei reni e del sistema nervoso. L'anamnesi fece escludere l'alcoolismo ed ogni labe nervosa o precedenti morbosi speciali non solo in essa, ma anche nel gentilizio.

L'atto operativo, sebbene sia riuscito lungo e indaginoso in causa di molteplici aderenze, procedette abbastanza regolarmente. La donna tollerò bene la narcosi. Durante questa, niuna variazione notevole erasi osservata riguardo al polso, riguardo al respiro e riguardo allo stato delle pupille. Pure nulla di notevole si ebbe quando si passò dalla posizione di Trendelenburg alla posizione orizzontale al termine dell'atto operativo.

Pochi minuti dopo la fine di questo, pur mantenendosi normale il respiro per frequenza e per ampiezza, prese il polso a farsi frequentissimo, sì da raggiungere le 140-150 pulsazioni al minuto: esso era anche piuttosto piccolo, aritmico, sfuggente. L'aspetto generale della donna, se si eccettua un lieve pallore, non era diverso da quello solito di individui in profonda narcosi. Ma ciò che di singolare si ebbe ancora a notare, furono i fenomeni da parte delle pupille. Queste, secondo le annotazioni che, per formale invito del professore, il cloroformizzatore deve fare in ogni narcosi, erano state miotiche, ed in egual grado da ambo i lati, per tutta la durata dell'operazione. Cinque minuti dopo il termine di questa, si osservò una disuguaglianza notevole per parte di esse, in guisa che spiccatamente midriatica era la pupilla destra e piuttosto miotica invece la sinistra. Nemmeno con eccitazioni piuttosto intense non fu possibile ottenere, per circa 3/4 d'ora, il riflesso palpebrale. In tutto questo tempo, e quindi dal termine dell'operazione, non si ebbe che una volta lieve accenno ad urto di vomito.

La donna era completamente incosciente e insensibile ad ogni eccitazione tattile, termica e dolorifica: muscolatura completamente e dappertutto inerte, atonica: inerti ed abbandonate le estremità: capo pure pesantemente abbandonato come di chi si trova in istato di coma. Il polso, sempre frequentissimo e piccolo, offriva notevoli remittenze ed intermittenze: lo sfigmogramma, preso circa 20' dopo l'operazione, è fatto da una curva a piccole, fitte, e non uniformi ondulazioni, in cui la linea ascendente passa nella discendente con un angolo piuttosto ottuso, mentre mancano quasi affatto nella linea discendente le abituali elevazioni di elasticità. Normale mantenevasi la frequenza dei moti

respiratorii (20 al 1'). Mancavano quasi tutti i riflessi. La bocca, semiaperta, lasciava scorgere la lingua non retratta, nè deviata, appena al di là dell'arcata dentaria. Non si ebbe emissione di feci, nè di orine, che accennasse a rilascio degli sfinteri anale e vescicale. Non fu mai congesta la cute del volto, nè congeste le congiuntive. Le pupille mantennero sempre uguale il loro grado di dilatazione (midriasi a destra e lieve miosi a sinistra) e costante il rapporto fra di loro. Non segni di emorragia.

Tali condizioni persistettero per circa un'ora, in capo al qual tempo il riflesso palpebrale cominciò a comparire, il respiro a farsi più profondo, e l'ammalata ad emettere qualche lieve lamento. Essa andò a poco a poco ridestandosi: ma non accennavano da principio a mutarsi le condizioni del polso e lo stato delle pupille. Non fu che due ore appresso, che andò scemando la midriasi della pupilla destra, che cominciarono, sia questa, sia la sinistra a reagire alla luce, ed il polso a scemare rapidamente di frequenza. Dopo 1 ora e 1|2 dall'atto operativo, la donna era completamente cosciente, ed accusava un relativo benessere.

Marzo 4: scarso vomito nella notte. Dolori epigastrici. Respiro un po' stentato e doloroso per lieve catarro tracheale. La donna prova senso di benessere dopo la somministrazione di clistere con cloruro di sodio e cognac. Il polso ha la frequenza di non più di 90, ed è abbastanza valido ed euritmico. Le pupille, di normale ed eguale ampiezza, reagiscono ambedue, e vivacemente, sia alla luce, sia alla accomodazione. Qualche bevanda, somministrata alla donna, è benissimo tollerata. Essa non accusa nè cefalea, nè vertigine, ed ha perfettamente integro il senso visivo.

Il resto del decorso post-operatorio fu regolarissimo, e la donna, perfettamente guarita, lasciò la Clinica il 28 Marzo.

***

Quale può essere la genesi di questi singolari fenomeni post-operatorii?

Non si tratterebbe, per avventura, che di fatti di *shock?* — È bene, a questo proposito, ricordare come prima di questi ultimi tempi si desse a questa parola un significato eccessivamente lato, comprendendo con essa stati di profondo abbattimento dell'organismo in rapporto con traumi o violenze improvvise gravi, ma la cui essenza può essere ben diversa da caso a caso, trattandosi ben sovente ora di commozione cerebrale, ora di embolismo aereo, o di altri simili accidenti per lo più letali. Oggidì invece, per opera sopratutto di autori tedeschi, si è

accordato a questo termine un valore più esatto e più scientifico restringendone il significato in più precisi confini col darne la definizione seguente: « Lo *shock* è l'arresto del cuore, la paralisi cardiaca, determinata per via riflessa da intensa eccitazione delle terminazioni periferiche di senso. » Osservazioni cliniche e sperimentali (Goltz, Fischer, Brown-Sequard) hanno appunto dimostrato i rapporti tra i fenomeni dello *shock* e queste intense eccitazioni.

In una delle sedute della Società Berlinese di Ostetricia e Ginecologia, in cui Hofmejer (« Zur Lehre von Shock. Ueber Erkrankungen der Circulationsorgane bei Unterleibsgeschwulsten. » *Verhandl. der Geselsch. für Geb. u. Gyn. zu Berlin*, 1884), riferiva intorno a casi di morte improvvisa per operazioni di tumori addominali, il Löhlein richiamava precisamente l'attenzione alla distinzione, che è sempre da farsi in simili casi, tra il vero *shock*, ossia la neuroparalisi consecutiva a intense eccitazioni periferiche, e gli accidenti molteplici e varii, che possono essere in rapporto con embolismo, atrofia del cuore, degenerazione del miocardio, ecc.

Può dunque il fatto da noi narrato ridursi ad un semplice *shock?* Dobbiamo rispondere negativamente, considerandolo sia nelle cause, sia negli effetti.

La laparotomia costituisce, senza dubbio alcuno, un trauma addominale grave, e tanto più grave perchè l'azione sua ha spesso (e l'ebbe nel caso nostro) una lunga durata: e sono appunto i traumi dell'addome la causa più frequente del vero *shock*, ossia dell'arresto del cuore. Il Goltz infatti otteneva sperimentalmente nella rana l'arresto del cuore in *paralisi* per mezzo di ripetuti colpi di spatola sul ventre dell'animale. Ma la laparotomia, per quanto grave trauma addominale essa sia, eseguita nella più profonda e completa narcosi, non può dare quella intensa eccitazione delle terminazioni periferiche di senso, che più sopra si disse essere la causa, in via riflessa, dei fenomeni di *shock*. Non è improbabile che questi fossero, un tempo, una conseguenza assai più frequente che non sia oggidì degli atti operativi; quando cioè questi si compievano senza narcosi. Questa, abolendo più o meno completamente il senso dolorifico, ha anche il vantaggio di eliminare con esso anche i pericoli del vero *shock*. Nella donna di cui parliamo, la narcosi si mantenne profonda sia durante l'atto operativo, sia parecchio tempo dopo il termine di esso.

E d'altra parte i fenomeni in essa osservati non corrispondono al concetto espresso nella definizione che sopra abbiamo data dello *shock*. Non avemmo infatti in essa una paralisi cardiaca: se vuolsi, il polso era piuttosto piccolo e aritmico, ma ciò che più che tutto spiccava era una straordinaria frequenza: si aveva, come già accennammo, una vera tachicardia. E come, d'altra parte, conciliare coi fenomeni di *shock* la midriasi monolaterale e le condizioni buone del respiro? Inoltre allorquando un individuo colto da *shock* si ripiglia da questo stato così grave, ciò non avviene che molto lentamente: i fatti invece che noi abbiamo descritti svanirono completamente in capo a due ore, dopo il qual tempo la donna, risvegliata dalla narcosi, accusava benessere.

Tutte queste considerazioni devono valere, a parer mio, ad escludere che si trattasse di un semplice *shock* post-operatorio. Importava escludere questo, perchè l'essersi presentato il fatto immediatamente dopo l'atto operativo poteva farlo ritenere tale.

Volendo procedere con una certa norma nell'indagare le cause di questo raro accidente post-laparotomico, conviene dividerle in causa efficiente e causa determinante. La causa efficiente dovrà essere rintracciata in un meccanismo, in una influenza nervosa tale, che sia capace di spiegare a un tempo e i fatti cardiaci e i fatti pupillari. La causa determinante si dovrà indagare nelle circostanze varie e molteplici inerenti alla operazione subìta dalla paziente. Occorre trovare, se possibile, una causa comune alla tachicardia e alla midriasi: essa deve essere tale, perchè i due fenomeni comparvero e si dissiparono contemporaneamente.

Dissi che la *causa efficiente* ha da essere ricercata in influenze nervose. Che essa dovesse essere di tal natura, è necessario ammetterlo pensando che trattavasi di perturbazioni funzionali a base di nessuna lesione anatomica, di perturbazioni così fugaci e passeggiere, e dalle quali, pur così gravi nelle loro manifestazioni da far pensare a tutta prima ad una lesione centrale, la donna si riebbe tosto completamente.

La tachicardia, come ognuno sa, può essere legata a due condizioni diverse: o è dovuta a paralisi temporanea del pneumogastrico, ovvero ad una irritazione del simpatico. A differenziare una forma dall'altra il Nothnagel consiglia di basarsi sui caratteri del polso, che nella tachicardia da paralisi del decimo sarebbe piccolo, vuoto,

mentre debole è l'itto cardiaco; invece in quella da irritazione del simpatico è teso, pieno, e l'impulso cardiaco valido. In verità, se così fosse, stando al polso che nel caso nostro era, oltrechè frequente, piccolo ed aritmico, dovremmo attribuire al fatto la prima delle cause anzidette. Senonchè questo criterio differenziale del Nothnagel non è ammesso dalla maggior parte degli autori; e vedremo più innanzi come, volendo identificare la causa della tachicardia con quella della midriasi, essa sia piuttosto da riconoscere nella irritazione del simpatico anzichè nella paresi del vago: di questa poi, mancavano tutti i sintomi concomitanti.

Che nel caso nostro la tachicardia fosse legata a qualcuna di queste condizioni nervose, ci è dimostrato dall'assenza di lesioni anatomiche, vuoi da parte del cuore, vuoi da parte del cervello e da parte degli altri organi, di cui talune condizioni morbose possono appunto costituire la base di questa transitoria alterazione funzionale del cuore, quali sono, ad esempio, lesioni delle ghiandole, tumori del collo o delle ghiandole bronchiali, aneurismi dell'aorta, ecc.

Quando, più innanzi, cercheremo di stabilire anche quale fosse la causa determinante della tachicardia da noi osservata, vedremo che questa, se è da escludere dal novero di quelle aventi per base una lesione anatomica, non era, d'altra parte, nemmeno la *tachicardia* cosidetta *essenziale parossistica,* denominazione, con cui il Bouveret fino dal 1889 contraddistingueva un'accelerazione dell'impulso cardiaco, idiopatica, accessionale, e indipendente da evidenti cause patologiche.

Più molteplici ancora e più svariate possono essere le cause della midriasi. Essa può anzitutto essere dovuta a paralisi dell'oculo-motore, o centrale, o periferica. Che non si trattasse di paresi dell'oculo-motore periferica e tanto meno poi centrale, lo farebbe supporre l'assenza degli altri fenomeni oculari a cui questa paresi dà luogo. In vista però della molteplicità dei nuclei d'origine di questo nervo, questa non può costituire una prova assoluta. Giacchè sebbene poco accordo esista finora tra gli anatomici intorno ai nuclei d'origine dell'oculo-motore comune, è pressochè da tutti ammessa l'esistenza d'un nucleo proprio per lo sfintere dell'iride (nucleo del Darschenwitsch) e sperimentalmente fu dimostrata da Hensen e Völkers (« Ueber der Ursprung der Accomodation-nerven, etc. » *Graefer's Archiv,* Bd. XIV) l'indipendenza di questo nucleo dagli altri. Ad ogni modo, quasi sempre la paralisi di questo

nervo riconosce, come causa, delle lesioni profonde, o centrali (ad es. sclerosi a chiazze) o periferiche, per lo più alterazioni sifilitiche, lesioni della base del cranio o dell'orbita, ecc. Se nel caso nostro la gravità dei sintomi sovramenzionati fu appunto tale da farci sospettare a tutta prima una grave lesione centrale (un piccolo focolaio emorragico), la fugacità di essi valse poi tosto ad eliminare questo sospetto. Per stimoli periferici di varia natura, anche non molto intensi, può aversi una dilatazione riflessa della pupilla, la quale certo non può aversi, come già ebbimo a dire dei riflessi in genere, allorchè questi sono completamente aboliti da una profonda narcosi.

V' è poi la midriasi spastica, dipendente da irritazione del simpatico cervicale, la quale si ha in tutte quelle condizioni morbose che stimolano la porzione cervicale e dorsale del midollo spinale. Infatti nella porzione cervicale inferiore del midollo spinale e in quella posta tra la 1.ª e la 4.ª vertebra dorsale, trovasi uno dei centri per la dilatazione della pupilla (centro cilio-spinale di Budge). Può d'altra parte questa eccitazione del simpatico provenire anche dal midollo allungato, in cui trovasi l'altro dei centri dilatatori della pupilla, dal quale le fibre decorrono parte attraverso il trigemino e parte attraverso i cordoni laterali del midollo sino alla regione cilio-spinale, dalla quale vanno nel simpatico cervicale (Frugiuele. « Studio sui riflessi pupillari nelle malattie del sistema nervoso. » Napoli, 1897).

Volendo noi accomunare le cause efficienti della tachicardia con quelle della midriasi da noi osservata, dobbiamo, anche solo in base a quanto finora dicemmo, ripeterla appunto da un'irritazione del simpatico, e precisamente della sua porzione cervicale. Tutti e tre i gangli cervicali (superiore, medio ed inferiore) del simpatico mandano, come è noto, dei rami nervosi che si portano al cuore, rami nervosi il cui stimolo porta un acceleramento nei movimenti di questo organo. E dal ganglio cervicale superiore un ramo si porta in alto al ganglio oftalmico, influendo, per l'intermezzo di questo, sui movimenti dell'iride. Tale influenza consiste sopratutto nel determinare dilatazione della pupilla nei casi di eccitazione del ganglio cervicale superiore da cui questo ramo nervoso simpatico trae origine.

Sono note le osservazioni di Wagner, che esperimentando sulla testa di un decapitato pochi istanti dopo l'esecuzione, coll'eccitazione elettrica del simpatico otteneva dilatazione della pupilla. È, d'altra

parte a ricordare l'opinione di Moebius, il quale pensa che i fenomeni pupillari, che si hanno per la elettrizzazione del collo, non si debbano alla irritazione diretta del simpatico cervicale, ma che siano in genere fenomeni centrali riflessi.

Ad ogni modo, se l'associazione dell'acceleramento dei moti del cuore colla midriasi doveva far riconoscere a questi fatti un identico fattore genetico, il solo, che si presenta come ammissibile, è quello che noi ora abbiamo accennato, la *irritazione* cioè *del simpatico cervicale.*

E veniamo ora alla *causa determinante.* Occorre, come di leggeri si comprende, procedere per ipotesi, giacchè nell'indagine di queste influenze nervose si brancola quasi sempre al buio, e i giudizii emessi ben di rado si sorreggono sulla base di dati sicuri, come è possibile ove trattisi di fatti concernenti apparati organici che non siano il sistema nervoso.

Prendiamo a considerare la più semplice delle possibilità. Non tratterebbesi, per avventura, di semplici *fenomeni riflessi?* La donna ha nel suo apparato genitale una fonte ricca di turbe riflesse nel dominio del simpatico: fatti riflessi, che non possono che accentuarsi quando questo apparato trovasi in condizioni anormali. Le influenze del grave atto operativo compiuto su tale apparato potrebbero essersi riverberate sui centri nervosi così da dare origine a questi accidenti. In verità, se noi dovessimo badare alla fugacità dei fenomeni da noi presi in considerazione, alla rapida loro insorgenza, alla rapida loro scomparsa e alle nessune conseguenze lasciate, avremmo a tutta prima di che sostenerci in una tale ipotesi. Questa però cade quando si pensi alla narcosi profonda in cui rimase la paziente a lungo anche dopo l'atto operativo: essa era tale da abolire interamente ogni sorta di riflessi: e non fu che a narcosi completamente cessata, che i fenomeni da noi descritti andarono disperdendosi.

Anche il semplice stato di *dispnea* può dar luogo a questi fenomeni e segnatamente alla midriasi. Ricordiamo però come nella nostra paziente sempre normale si mantenne il respiro: la sua frequenza anzi e la sua regolarità contrastava notevolmente coll'acceleramento e coll'aritmia del polso.

Merita pure di essere presa in considerazione la possibilità che si trattasse di *fenomeni bulbari.* Debove e Huchard classificarono infatti

la tachicardia fra le nevrosi bulbari anche per la sua associazione con fenomeni pupillari: e il Traube sostenne essere essa dovuta ad anemia transitoria del midollo allungato. Lo Strümpell poi afferma essere sempre notevolmente aumentata la frequenza del polso nella stessa paralisi bulbare acuta. Sebbene la mancanza completa dei fenomeni motorii, vasomotori e sopratutto respiratorii, che sono proprii di questi stati patologici del bulbo del cervello, renda poco probabile l'influenza loro in questo caso, nondimeno un agente, del quale più sotto diremo, non è improbabile che abbia potuto, per un'azione speciale sul bulbo, determinare i fatti in questione.

La anamnesi della paziente ci fa escludere l'*isterismo* e qualsiasi labe nervosa che avrebbe potuto essere il *substratum* di queste manifestazioni patologiche. Non trattavasi, come dicemmo, di soggetto alcoolista o con precedenti morbosi speciali neppure nel gentilizio.

È dunque unicamente all'operazione dalla donna subìta, che dobbiamo riferirci nell'indagare le cause del fatto. Essa fu compiuta tenendo la donna nella posizione di Trendelenburg. Potrebbero i fatti accennati essere addebitati a questa posizione fortemente declive del capo, mantenuta assai a lungo (un'ora), e sopratutto alla forte congestione venosa che ne consegue? A prescindere anche dalla considerazione che mai nulla di simile osservammo in molte e molte operate che furono tenute anche più a lungo in questa posizione, importa rilevare che i fenomeni notati non si ebbero a donna nella posizione di Trendelenburg, ma insorsero circa 10 minuti dopo che essa era stata ricollocata in situazione orizzontale, e che in tutto il tempo che la paziente fu in posizione di Trendelenburg, la pupilla fu sempre miotica e il polso non superò, per frequenza, le 90 battute.

Il prof. Mangiagalli, nella relazione sopracitata di due casi di tachicardia post-laparotomica, passa in rassegna i fattori genetici che in un'operazione laparotomica possono invocarsi per spiegare l'insorgenza della tachicardia. Di essi i principali sarebbero:

L'apertura dell'addome e gli squilibrii di pressione che ne derivano, sia dal fatto della semplice apertura, che dalla estrazione di tumori più o meno voluminosi. — L'azione degli antisettici sulla vasta sierosa peritoneale. — Il traumatismo operatorio. — La strettura del peduncolo. — L'azione immediata o tardiva del cloroformio.

È qui da escludere l'azione degli antisettici — fattore, al quale

il prof. Mangiagalli assegna una certa importanza — perchè, mercè la sostituzione quasi completa della asepsi alla antisepsi, l'uso degli antisettici nell'atto operativo si ridusse a una quantità trascurabile.

Degli altri fattori quello che verosimilmente deve richiamare di più la nostra attenzione è l'*azione del cloroformio*. Gli accidenti più varii sono imputabili all'azione vuoi immediata, vuoi tardiva di questo narcotico. Essa oltrechè essere elettiva sui centri nervosi — e su di questo ritorneremo fra poco, — si esplica in modo variabilissimo sui diversi organi e tessuti. Noi la considereremo dal punto di vista della tachicardia e della midriasi.

Sul cuore è noto come il cloroformio agisca affievolendone l'attività: e tale affievolimento si esercita sia sull'apparato nervoso; sia anche direttamente sull'apparato muscolare dell'organo. Insegna pure la patologia che la tachicardia, la quale è sempre l'espressione di una depressione dell'attività del cuore malgrado l'aumento esagerato del numero delle pulsazioni cardiache nell'unità di tempo, può riconoscere fra le altre cause, anche una intossicazione. Il genere più frequente e noto d'intossicazione capace di produrre questo fatto è l'intossicazione da tabacco: lo si osserva infatti con una certa frequenza in alcuni fumatori e negli operai addetti a manifatture di tabacchi. Qualche cosa di simile si ha anche nel saturnismo acuto, e il Lewin ne parlò recentissimamente (*Deutsche Med. Wochenschr.*, 1897, n. 12).

I caratteri del polso, rilevati nel caso nostro, in cui esso oltrechè frequentissimo era anche piccolo ed aritmico, indicava non solo un'esuberanza di azione del simpatico sul cuore, ma altresì un'azione deprimente sull'apparato nervoso moderatore di dipendenza del pneumogastrico.

Sullo stato delle pupille il cloroformio agisce sempre con intensità or più or meno spiccata ed in modo variabilissimo. È noto che la cloronarcosi dà, a principio, una dilatazione transitoria della pupilla, che coincide col periodo d'eccitazione, a cui segue poi una miosi, che, a narcosi completa, permane abitualmente fino al termine di essa. In rapporto anzi non soltanto all'anestesia cloroformica, ma anche alle anestesie in genere, la pupilla venne riguardata come un *estesiometro* (Schiff e Foà). La midriasi, che il cloroformio determina sul principio della sua azione, deve essere messa in relazione secondo Budin e Coyne (« Des phénomènes pupillaires dans l'asphixie: différences de ces phé-

nomènes dans l'anesthésie chloroformique, etc. » *Gaz. Méd. de Paris*, 1875) con un incipiente grado di asfissia, che coinciderebbe col periodo di eccitazione, e che sarebbe anche la causa dei moti inconsulti ed esagerati (convulsivi) di questo periodo. È noto infatti che l'asfissia dà un elevato grado di midriasi, a segno che nelle morti per asfissia l'iride è quasi invisibile (Faure). Questa midriasi transitoria, propria del periodo d'eccitazione della cloronarcosi, manca (Budin e Coyne. « De l'état de la pupille pendant l'anesthésie chloroformique, etc. » *Gaz. Méd. de Paris*, 1875-76) quando non si ha questo periodo d'eccitazione, e cessa dando luogo anzi allo stato opposto, miosi, una volta raggiunta l'anestesia totale.

In seguito, il vedere la pupilla da miotica farsi midriatica può dipendere o da un ritorno alla sensibilità, o da insorgenza di vomito, ma può anche esser dovuto ad un'azione infesta della cloronarcosi sull'organismo, ad una vera intossicazione, dipendente o da un eccesso di cloroformio o da un'intolleranza speciale dell'organismo verso di esso.

Secondo Cantani (« Manuale di farmac. e terap. clinica, » Vallardi, Milano, ult. ediz.), la midriasi, che pel cloroformio si ha talora successivamente alla miosi, è dovuta alla paresi dell'oculo-motore, consecutiva a forte eccitazione del medesimo. Questa eccitazione dell'oculo-motore, sarebbe, secondo lui, la causa della miosi che si osserva abitualmente. Anche Dogiel (*Arch. für Anat. physiol.*, ecc., 1886, p. 231), attribuisce questi fenomeni pupillari da cloroformio ad un'azione centrale sul nervo oculo-motore.

Se questa può esser talora una causa plausibile, può, d'altra parte, in altri casi, e forse nella maggior parte di essi, trattarsi di una causa d'origine simpatica. I movimenti della pupilla, come dicemmo sopra, risentono sommamente l'influenza del ganglio simpatico cervicale superiore, che manda un ramo al ganglio oftalmico. De Giovanni (*Annali univ. di med. e chir.*, 1875) osservò restringimento notevole della pupilla in parecchi cardiopatici; il che egli attribuì a lesione del ganglio cervicale superiore e più precisamente a stasi venosa nel ganglio stesso per disturbi circolatorii.

Più sopra, accomunando il fattore causale della tachicardia con quello della midriasi da noi osservata, lo riponemmo in una eccitazione del simpatico cervicale. Vediamo ora in qual modo questa possa essere addebitata al cloroformio.

Questa sostanza agisce su tutti gli organi, ma, come è noto, ha una azione elettiva sui centri nervosi, alla quale appunto essa deve le sue proprietà anestetiche. Allorchè la quantità che se ne impiega è tale da dare intossicazione, l'azione di essa sugli elementi nervosi è anzi non solo dinamica, ma deteriorante. Binz (*Archiv für Experim. Pathol. und Parmakol.*, vol. VI, pag. 310), osservò nelle cellule ganglionari trattate fuori del corpo col cloroformio una specie di coagulamento del contenuto cellulare. Uguale osservazione fu fatta da Ranke (*Centralbl. f. d. Med. Wissensch.*, n. 34, 1877). Questa azione elettiva poi il cloroformio non la esercita unicamente sui centri più nobili del sistema nervoso (cervello, midollo spinale), ma altresì su quelli (gangli) del sistema nervoso della vita organica, come chiamava il Bichat il gran simpatico. Ne è prova l'abolizione che la narcosi dà di movimenti e di riflessi che entrano nello stretto dominio di questo sistema.

E come, a seconda dei casi, le conseguenze possono farsi sentire più accentuatamente ora sul cuore dando la sincope, ora sui reni dando la nefrite, così anche l'azione elettiva sul sistema nervoso può in modo più spiccato colpire un apparato nervoso a preferenza degli altri, può insomma riversarsi su di un punto di questo grande sistema. I due fenomeni, acceleramento del polso e dilatazione della pupilla, su cui noi credemmo opportuno richiamare l'attenzione per la associazione loro, per la loro notevole intensità e per la loro temporaneità, ripetono, come dicemmo, con molta probabilità la loro causa efficiente da un'irritazione del simpatico cervicale. E abbiamo ragione di credere che tale eccitazione non fosse dovuta che ad un'azione speciale del cloroformio. Tengasi conto infatti che la narcosi ebbe una lunga durata, e fu in essa inalata una quantità grande di cloroformio: tengasi conto che per tutto il tempo che persistettero i fenomeni in questione la paziente rimase in profonda narcosi con assenza totale dei riflessi, della sensibilità e della motilità; e che ebbe appunto a coincidere col risveglio dalla narcosi il cessare dei fenomeni suddetti.

In vista della fugacità di questi fenomeni, dai quali la donna si riebbe completamente in capo a poche ore, non dovremmo, pur attribuendoli al cloroformio, parlare di intossicazione nel senso lato della parola. Ad ogni modo, essi sono dovuti ad una causa tossica se questa è da riconoscere in un'azione intensa e circoscritta del cloroformio sul tratto cervicale del gran simpatico.

E se così è, il genere di tachicardia, di cui qui è questione, non è la tachicardia parossistica essenziale di Bouveret, ma una vera *tachicardia tossica,* come la si può avere anche da saturnismo e da nicotismo. Nella classificazione fatta da Huchard delle tachicardie è appunto compresa anche la tachicardia tossica.

Nulla ripugna il credere che di tal natura fosse anche la midriasi: avvelenamenti diversi possono infatti determinarla, quali l'alcoolismo (Moeli. « Mittheilungen über die Pupillen-reaction. » *Berl. Klin. Woch.,* 1897, N. 19), il saturnismo, l'uremia e l'acetonemia: e il Panas *(Revue internat. de méd. et de chir.,* 1897), parlò recentemente di una midriasi da autointossicazione.

Per quanto poi concerne la midriasi, se da una parte riesce verosimile l'ipotesi da noi avanzata circa la sua genesi, non altrettanto facile è l'invocare il momento causale che spieghi la sua unilateralità. Ad ogni modo, ammessa l'origine tossica di questa dilatazione spastica della pupilla per azione del cloroformio sul simpatico cervicale, non ci resterebbe, ove noi volessimo spiegarne la monolateralità, che a supporre un'azione circoscritta od almeno prevalente di questo agente tossico sui gangli cervicali del lato destro.

Ma a questo proposito merita di essere presa in considerazione una circostanza, sempre inerente all'atto operativo, in base alla quale, e per un meccanismo assai più semplice di quello finora descritto, potrebbero essere interpretati i detti fenomeni e sopratutto la unilateralità della midriasi. È noto che pressioni, anche non molto intense e prolungate, d'un plesso nervoso o d'un nervo lungo il suo decorso, sono capaci di indurre delle alterazioni più o meno accentuate di senso o di moto in un dato organo o in una data regione. Di tali fatti clinici ce ne offre a dovizie l'osservazione giornaliera. — La paziente, di cui qui è parola, per tutta la durata dell'operazione, eseguita, come si disse, nella posizione di Trendelenburg, rimase coll'arto superiore destro fortemente rialzato; e non è improbabile che per circostanze, che sfuggirono all'osservazione, il plesso brachiale sia andato soggetto ad una forte e prolungata compressione. Pensando ai rapporti anastomotici di questo plesso nervoso, non riesce difficile nè troppo artificioso mettere in relazione i fatti suesposti con questa compressione.

Il plesso brachiale infatti manda anzitutto dei rami ai gangli cervicali medio ed inferiore: esso poi trovasi in rapporto col plesso risul-

tante dall'anastomosi dei quattro primi nervi cervicali (il plesso cervicale); e d'altra parte esso pure, il plesso brachiale, risulta dall'anastomosi di nervi cervicali (i quattro ultimi) e del primo nervo dorsale. Già sopra abbiamo ricordato come nella porzione cervicale del midollo spinale e in quella posta tra la 1.ª e la 4.ª vertebra dorsale risieda uno dei centri dilatatori della pupilla. L'azione indotta dalla compressione del plesso brachiale potrebbe dunque, per le relazioni nervose ora descritte, spiegare sia i fatti cardiaci, sia i fatti pupillari, e sopratutto la unilateralità della midriasi.

Senonchè l'essere insorti i fenomeni suddetti proprio quando, per la mutata posizione, al termine dell'atto operativo, è venuta a cessare la compressione del plesso brachiale, e la mancanza di altri fenomeni (nell'arto superiore corrispondente) che sono conseguenza di tale pressione, vengono ad infirmare questa supposizione. Ci basta l'aver accennato ad essa, senza volerla distruggere: una causa diretta ed unilaterale non si saprebbe proprio rintracciarla altrove.

Un'ultima ipotesi voglio aggiungere, la quale non può che appoggiare quella già emessa della eccitazione del simpatico cervicale da cloroformio. Questa eccitazione del simpatico poteva essere, oltrechè diretta, anche indiretta, provenire cioè dal midollo allungato, dal quale fibre nervose, attraverso i cordoni laterali del midollo, vanno al simpatico cervicale. Nel midollo allungato noi dicemmo appunto esistere uno dei centri dilatatori della pupilla, e sappiamo altresì come alterazioni anche transitorie del midollo allungato stesso siano capaci (Traube, Strümpell) di occasionare la tachicardia.

Quindi, pur sempre trattandosi di irritazione del simpatico, questa poteva esser dovuta ad azione del cloroformio o sul bulbo, o direttamente sui gangli cervicali, o, meglio ancora, sull'uno e sugli altri simultaneamente.

CONGRESSI, SOCIETÀ ED ACCADEMIE

68.ª Riunione dei Medici e Naturalisti tedeschi in Frankfurt a:M

15.ª Sessione — OSTETRICIA e GINECOLOGIA

RELAZIONE FATTA DAL DOTT. S. PATELLANI

(Continuaz. e fine, vedi pag. 497).

6.ª Seduta — 24 Settembre 1896 (Ore 2.30 pomer.)

Presidente: LEOPOLD. — *Segretario:* KALLMORGEN.

EBERHART (Colonia). — Sul valore dell'uso della laminaria.

Secondo l'O. oggidì, specie nelle emorragie in puerperio, poco viene usata la laminaria a scopo dilatante e, al contrario, troppo frequentemente si praticano raschiamenti endo-uterini. Aggiungasi che per tale operazione si adoperano raschiatori troppo piccoli i quali offrono ancora altri svantaggi. La laminaria può essere resa sterile da rimanere giorni e giorni senza produrre febbre o altri disturbi nella paziente.

In un solo caso, su 49, raggiunse la temperatura alla sera 38.3. Due sere dopo ridiscese a 37.9 e nel terzo giorno a 37.6 senz'altre conseguenze. Preparazione della laminaria: per parecchie ore in alcool assoluto nel quale si deve agitare diverse volte. Quindi si lascia in una soluzione eterea di jodoformio al 10 0[0 almeno 3-4 settimane. Non è consigliabile una rapida preparazione nè la bollitura, prima di mettere la laminaria nella soluzione jodoformica. L'O. ricorda uno studio di Porak. Questi, in base a sue ricerche, diede pure la preferenza all'etere jodoformico. La laminaria, così preparata, si può lasciare senza inconvenienti 6 giorni nell'utero.

Anche Porak preferisce, al metodo di Vulliet, la dilatazione colla laminaria. Controindicano tale dilatazione i processi infiammatori recenti degli annessi uterini, specie le piosalpingiti.

Nell'endometrite emorragica ed esfoliativa tale pratica è molto vantaggiosa prima del raschiamento. Così pure nelle ritenzioni ovulari dopo il parto. Anche nella cura della sterilità presenta grandi vantaggi per vincere la stenosi dell'orificio interno, nella cura della endometrite che a volte si accompagna alla sterilità.

È consigliabile anche nei casi in cui già siasi avuto un parto o uno o parecchi aborti quando le pazienti per molti anni siano rimaste sterili. Si hanno naturalmente anche insuccessi. Può essere con vantaggio adoperata nella dismenorrea. In questo caso, specie se coesiste una stenosi dell'orificio interno, si possono fare le dilatazioni coll'elettricità col catode intra-uterino (10-30 ma. — 1-2 sedute alla settimana).

Nella gonorrea uterina con forti emorragie si possono usare le dilatazioni colla laminaria facendole susseguire da un tamponamento con garza imbevuta in una soluzione di nitrato d'argento al 2 0[0. Nel dubbio di neoformazioni maligne la dilatazione non è consigliabile. Il mezzo sovrano in questi casi è il raschiamento diagnostico. Eberhart sottoscrive a tale proposito a ciò che disse Gessner alla Società ginecologica di Berlino.

Per provocare l'aborto e il parto prematuro è pur vantaggioso dapprima dilatare il canale cervicale colla laminaria e, quando non susseguissero i dolori, tamponare la cavità del collo con garza jodoformica alla glicerina. Certamente è riservato alla laminaria un largo campo d'azione, avendo essa il vantaggio di non produrre lacerazioni nella muscolatura uterina, lacerazioni che non sempre si possono evitare coll'uso di istrumenti metallici. Anche il pericolo dell'infezione viene escluso quando si prepari con tutte le dette cautele e si applichi nei casi veramente indicati.

O. SCHÄFFER (Heidelberg). — Sull'uso della garza anidrofila nelle emorragie uterine post-partum e parenchimatose.

I grandi risultati che il tamponamento con garza jodoformica alla Dührssen, nelle emorragie da atonia uterina, ha dato, vengono ancora oggi accompagnati da casi di morte prodotti dalla persistenza dell'atonia uterina anche dopo il tamponamento. La garza permette a un certo momento ancora la uscita del sangue. Questo fatto fu osservato da parecchi esperimentati operatori come dimostrano alcune notizie che si leggono nel *Centralblatt für Gynaekologie*, e come a Schäffer risulta da informazioni private.

Il valore del tamponamento sarebbe ideale se con esso senz'altro cessasse un'ulteriore perdita di sangue. Perchè questo risultato venga ottenuto bisogna che la garza ecciti in modo continuo la contrazione uterina.

La garza fin qui usata, non solo permette che il sangue si faccia strada con una certa facilità, ma perde la sua elasticità quando si inumidisce. Il volume della garza si fa piccolo e allora cessa l'eccitamento sull'utero. Quanto maggiore è l'emorragia tanto più rapidamente perde la garza la sua efficacia. Dopo parecchie ricerche riuscì all'A. di conservare alla garza, coll'impregnazione di guttaperca, tanto la sua proprietà idrofila quanto la sua elasticità, vale a dire una certa resi-

stenza delle sue fibre. Così la garza fu preparata dalla Casseller Verbandstoff Fabrik di Evens e Pistor. Schäffer potè fare con essa le seguenti prove:

1.° Mise due rotoli di garza, separati l'uno dall'altro, ciascuno con un loro estremo in un vaso ripieno di una soluzione colorante posto in alto e coll'altro estremo pescante in un vaso sottoposto e contenente acqua pura. La garza non impregnata cominciò subito a guidare la soluzione colorata in basso e a colorire l'acqua del recipiente sottostante, ad agire quindi come da drenaggio, mentre la garza impregnata rimase asciutta d'ambo i lati. La parte di quest'ultima che trovavasi nell'acqua sembrava come oleata e l'altro estremo abbandonava il colore con una semplice immersione nell'acqua. La garza idrofila comune veniva invece tinta molto più tenacemente in tutte le sue fibre costitutive.

2.° Rinnovò lo stesso esperimento alla temperatura del corpo umano avendo prima inumidite le striscie. Naturalmente il liquido per azione osmotica penetrò, ma solo per pochi millim., a poco a poco. Questa circostanza nella pratica ha nessun valore.

La garza venne preparata sterile e messa in pacchi. A scopo antisettico si fece aggiungere ad essa anche dell'jodoformio. Per rendere possibile eventualmente una comoda sterilizzazione successiva impregnò dell'altra garza con nosofen, airol, ecc. Fino ad oggi per l'azione caustica venne sconsigliato il cotone al percloruro di ferro a questo scopo. Con della ferripirina (mezzo non caustico, ma solo astringente e, nello stesso tempo, di sicura azione, analgesico, non velenoso) preparò pure dell'altra garza.

Schäffer pensa che la garza non debba venir applicata direttamente contro la regione sanguinante (inserzione placentare), ma anzitutto nei punti più accessibili per non ricoprire la superficie interna uterina con sostanze liquide e chimicamente alterate.

Noi dobbiamo anche ricordare che se applichiamo direttamente la garza anidrofila sulla superficie sanguinante, corriamo il pericolo che il sangue quivi rimanga, allontani la garza dalle pareti e coagulato non possa eccitare la contrazione come la garza. Perciò il tamponamento deve esser fatto nel seguente modo: anzitutto con garza idrofila ordinaria all'jodoformio si eserciti una pressione sulla superficie sanguinante e rispettivamente sulla parete anteriore e posteriore mantenendo la garza in posto, quindi si continui il tamponamento colla garza impregnata comprimendo con forza. I due capi devono essere liberi in basso. La prima garza può forse per un certo tempo renderci avvisati, come drenaggio, dell'eventuale emorragia. La vagina può essere zaffata con mussola sgrassata la quale, parimenti, non si lascia con facilità attraversare dai liquidi.

In virtù della sua grande elasticità è questa speciale garza meglio indicata nella provocazione del parto prematuro, nella dilatazione del canale cervicale, nel tamponamento per placenta praevia. Essa agisce distendendo, in modo continuo, come

corpo straniero perchè le fibre del suo tessuto non si lasciano attraversare dal muco. Per questa ragione si altera anche meno facilmente.

(Il lavoro sarà pubblicato in extenso nella *Munch. Medic. Wochenschrift*).

O. SCHÄFFER. — Sull'uso di seta anidrofila nelle suture.

Partendo dal concetto che la facile suppurazione dei canali di passaggio dei fili di seta è dovuta — più che alla loro insufficiente sterilizzazione e alla mancanza di cautele nel metterli in posto o nel preparare la cute per l'atto operativo, — al fatto che la seta è un terreno di coltura umido e caldo assai favorevole per i microbi, Schäffer cercò di togliere alla seta la proprietà di assorbire la parte liquida del sangue rendendola anidrofila. Ottenne il suo scopo, come colla garza, mediante l'impregnazione ricordata. I fili non perdono perciò alcuna delle loro utili proprietà restando resistenti e molli. Si avvicina così la seta al silkworm senza avere la durezza tagliente di questo. Lasciati i fili nell'acqua si comportano come se fossero oleosi mentre la seta comune fortemente si impregna d'acqua.

(Il lavoro comparirà in extenso nel *Centralblatt für Gynäkologie*).

O. SCHÄFFER. — Su una modificazione, con base anatomica, della sutura addominale.

Ben pochi tra i metodi in uso di sutura laparotomica hanno a base la disposizione anatomica degli strati addominali. Da questo punto di vista meglio corrisponde la sutura a tre strati. Con questa però, come pure con qualche altro genere di sutura, solo accidentalmente si ottiene un adatto avvicinamento delle fasce muscolari e una restitutio ad integrum.

Specialmente in relazione allo strato interno (sierosa e fascia trasversale) si ha questo fatto. Se noi consideriamo la disposizione anatomica normale, rileviamo già come siano le condizioni sfavorevoli al disotto della linea di Spiegel tanto più quando, coll'incisione laparotomica, non abbiasi più l'incrociata riunione delle aponeurosi sulla linea mediana. L'azione dell'incrociamento delle fasce aponeurotiche, a livello della linea alba, è tale per cui quanto più si contraggono i muscoli retti, quanto più fortemente i visceri endo-addominali fanno pressione sulle pareti, tanto più le fasce si tendono e ravvicinano gli stessi muscoli. Se invece si ha un tratto non continuo in tale punto oppure le fibre rilasciate sono riunite dopo l'operazione in modo diverso del naturale, si produce una diastasi muscolare e finalmente un'ernia.

Al disotto della linea di Spiegel viene la pressione interna, per ciò che si riferisce agli strati addominali, anzitutto sostenuta da un sottile strato formato dalla fascia trasversale e dalla sierosa, mentre al disopra di tale punto anatomico

non solo il muscolo trasverso all'interno dà un'aponeurosi, ma anche l'obliquo interno. In altre parole qui viene la regione mediana tra i muscoli retti costituita profondamente da tre fasce (del muscolo trasverso, dell'obliquo interno, fascia trasversale più la sierosa), mentre al disotto della linea di Spigel si ha, verso l'interno, solamente la fascia trasversale e la sierosa peritoneale (fig. 8-9).

Certamente che noi non siamo in grado, colla sutura, di ricostruire i rapporti microscopici di contatto che esistevano prima. Noi possiamo però grossolanamente avvicinare le parti tra di loro in modo da richiamare, il meno lontanamente possibile, le condizioni normali. A tale scopo lo Schäffer consiglia la seguente sutura: si fanno passare i due capi di un filo attraverso alla cruna di due aghi. Dopo di aver sollevato nel campo della ferita i lembi della fascia trasversale e della sierosa d'ambo i lati si infigge l'ago a circa 2 centim. dai bordi esistenti attraverso alla sierosa alla fascia trasversale e alla sostanza muscolare, descrivendo un arco ed uscendo sulla superficie di sezione della ferita. Si penetra di nuovo nella sostanza muscolare dopo aver lasciato, per un piccolo tratto, libero il filo sulla superficie di sezione e si comprendono le aponeurosi esternamente ai muscoli retti uscendo qui a 2 centim. circa lungi dalla superficie ferita.

Così si fa coll'altro capo del filo dall'altro lato, pure dall'interno verso l'esterno.

Annodando i due capi vengono spontaneamente introflesse anche le aponeurosi esterne in modo che la parte sezionata di esse è spinta tra la sostanza muscolare contro la parte sezionata della fascia profonda. Le pinze anatomiche aiutano nel far questo. Devesi badare naturalmente che le aponeurosi siano abbastanza lunghe perchè d'ambo i lati e tanto all'interno quanto all'esterno ricoprano lo strato muscolare e quivi così si mantengano in permanenza (fig. 10-11).

La chiusura definitiva delle ferite e specialmente la fissazione delle pareti addominali in toto si deve fare coll'allacciatura di fili applicati in precedenza a cifra otto nel modo solito (Kehrer) (fig. 12).

C. Jacoby (Strassburg i/E) ha isolato dalla segale cornuta tre sostanze, la crisotoxina, la segalinotoxina e la sfacelotoxina. La segalinotoxina nulla ha a che fare colla cornutina di Kobert. La sfacelotoxina e la segalinotoxina facilmente si alterano. La crisotoxina, dalle ricerche fatte, rimane attiva per anni. Esperimentata su alcuni animali (cani e gatti) nella dose di gr. 0,2 anche a metà della gravidanza dà un pronto risultato. Senza alcun danno per la madre si espleta l'aborto. Anche nella dose di gr. 1, 1,5 non si ebbe alcun danno persistente negli animali. La crisotoxina viene fabbricata, secondo i consigli dati da Jacoby, dalla ditta J. C. Boehringer & Söhne a Waldhof presso Mannheim.

Dott. G. KLEIN. — L'anatomia normale e patologica dei dotti di Gartner.

Il decorso della parte superiore, prossimale, dei condotti di Gartner viene descritto nello stesso modo dagli autori. I condotti decorrono, nella femmina

umana, nei legamenti larghi al disotto delle tube e parallelamente ad esse e in alcuni animali al disotto dei corni uterini in modo arcuato diretti verso il corpo dell'utero. Specialmente distinti si vedono i dotti nella troia. Si riconoscono come bianchi cordoni. Non sempre sono però conservati in tutto il loro decorso, ma trovansi in un tratto dei residui simili a perle, a volte così numerosi e avvicinati da formare come una specie di corona. Sono la base anatomica di cisti uniloculari dei dotti di Gartner nel legamento largo.

All' altezza circa dell' orificio uterino interno dell' utero si approfondiscono lateralmente nel viscere. Quivi formano, nell' interno della parete muscolare del collo, parecchie curve e giri tortuosi. Nel collo e nella parte inferiore del corpo uterino si può osservare parecchie volte la formazione come di cisti multiple. Un caso di questo genere, osservato da Klein nella Clinica del professor Hofmeier a Würzburg, fu descritto nella *Zeitschrift f. Gynäkologie,* vol. 18. Più tardi Breus ha messo in relazione questo fatto colla formazione di miomi cistici. Ultimamente Recklinghausen e Freund hanno descritto degli adeno-miomi delle pareti uterine che parimenti si originano da questi condotti.

Possono svilupparsi però nelle pareti uterine dai dotti di Gartner anche delle cisti uniloculari piriformi o sferiche a pareti sottili.

Nell' ulteriore sviluppo le pagine del legamento largo si scollano. Le cisti qui sviluppatesi si confondono facilmente dal punto di vista diagnostico colle cisti parovariche.

Si possono però sempre distinguere da queste per la stretta unione che hanno colle pareti uterine. In due casi occorse a Klein, durante l' operazione, di non poter separare una parte della parete cistica dall' utero. Egli dovette lasciare ambo le volte una parte della cisti aderente al viscere. In un caso l' utero era gravido al terzo mese. Dopo l'operazione, a termine di gravidanza, la paziente partorì una femmina viva e bene sviluppata.

È però necessario di ricercare in altri casi se queste cisti possano dare luogo a tumori maligni. E se così fosse si dovrebbe estirpare, non solo completamente la cisti, ma con essa anche l'utero.

Per ciò che riguarda il decorso della parte inferiore, distale, dei dotti di Gartner, si hanno altre particolarità degne di nota. Contrariamente alle idee di Nagel, Klein ha, da tempo, accennato ad un caso nel quale d'ambo i lati i dotti, in una bambina di 4 mesi, in vicinanza alla vagina continuavano fino all'imene e sboccavano nella vagina all'interno dell'imene. In quest'ultimi tempi Bullinger e Klein hanno, nella troia, parimenti seguito i dotti di Gartner al microscopio dal legamento largo fino al seno uro-genitale.

Bullinger li potè preparare macroscopicamente fino al seno uro-genitale. Possono per ciò originarsi anche delle cisti paravaginali ed imenali dai dotti di Gartner.

DISCUSSIONE.

S. Flatau (Nürnberg). Le osservazioni fatte da Klein danno valore ad alcune osservazioni dello stesso Flatau che saranno pubblicate nel *Monatsschrift für Gebürtshulfe und Gynäkologie.* Il lavoro fu già consegnato però da tempo allo stesso giornale nel quale non si potè pubblicare fin qui per mancanza di spazio. Flatau ha pure esportato un tumore che prima dell'operazione era stato diagnosticato come cisti parovarica. Nella separazione del tumore dal legamento largo si mostrò aderente tenacemente al lato sinistro dell'utero. Flatau ha, a proposito di questo caso, da tempo esposta l'idea che alcuni tumori possono trarre la loro origine da una degenerazione cistica dei dotti di Gartner.

Herff (Halle) rileva l'importanza dei reperti di Klein specie per quanto si riferisce all'interpretazione delle cisti del legamento largo.

Pfannenstiel (Breslau) trovò pure fino all'altezza della porzione vaginale uterina i canali di Gartner nella donna.

G. BULIUS (Freiburg i/B). — Angiodistrofia ovarica.

Lo scopo dell'oratore di portare un po' di luce nella conoscenza delle condizioni morbose croniche dell'ovaio, fu coronato da un soddisfacente risultato. Egli è ora in condizione di stabilire un dato caratteristico anatomo-patologico presentato da ammalate che hanno definiti disturbi funzionali.

Le alterazioni anatomo-patologiche sono:

1.° Macroscopiche: ingrossamento delle ovaie, specie nel senso nel loro spessore; notevole sviluppo dei solchi sulla loro superficie; spiccata durezza dell'organo.

3.° Microscopiche: notevole aumento dei vasi; malattie di essi; accrescimento dei vasi preesistenti e formazioni di nuovi vasi; ingrossamento delle loro pareti; degenerazione jalina; obliterazione del loro lume. Partecipano a tale processo le arterie ed i capillari tanto dello strato midollare quanto della corteccia.

3.° Notevole diminuzione o completa scomparsa dei follicoli primordiali; degenerazione microcistica dei follicoli di Graaf; condizioni patologiche determinantesi durante la retrograda metamorfosi dei follicoli che si atrofizzano e che in numero sempre maggiore non si aprono.

Molte delle descritte alterazioni, nella natura loro, corrispondono e sono molto simili a quelle che si rilevano nell'involuzione senile delle ovaie, in gravi malattie di altre parti degli organi genitali, specie nei fibromi, nell'osteomalacia.

Mai però qui l'alterazione vasale è tanto spiccata, mai qui si ha neoformazione di vasi.

Le ovaie studiate appartenevano a donne dai 34 anni ai 18 anni.

Sintomi. Profuse mestruazioni della durata perfino di tre settimane. In tali epoche dolori addomino-sacrali. I dolori sacrali continuavano anche negl'intervalli mestruali. Disturbi nervosi gravi, dolori vivi irradiantisi agli arti. In 4 casi erano

questi tanto forti che le pazienti non potevano più camminare. Notevole eccitabilità, nausee, vomiti, cefalea. Grave anemia e depressione psichica. In ogni caso anche endometrite. Avevansi, negli organi genitali, altre alterazioni di poca importanza. Ingrossamento del corpo uterino; periooforite di recente data. Le modificazioni ovariche erano qui da considerarsi come primitive. Oscura ne è l'eziologia. Forse hanno influenza sullo sviluppo di malattie vasali delle ovaje i vizî congeniti di sviluppo. La diagnosi si basa in prima linea sulla dimostrazione delle modificazioni ovariche. Ingrossamento e nello stesso tempo durezza maggiore, irregolarità di superficie (solchi) delle ovaja. Sono necessarii certamente l'esame rettale e la narcosi.

Se si hanno contemporaneamente menorragie, forti dolori ed altri disturbi dei quali nessun'altra causa è dimostrabile, allora la diagnosi è sicura.

La prognosi in genere è sfavorevole. Fino ad oggi solo può essere utile, non però in tutti i casi, la castrazione. Tutti gli altri metodi curativi non dànno alcun risultato sicuro quantunque usati per anni ed anni.

Wild parla della stitichezza cronica delle donne e delle ragazze accennando alla profilassi e alla cura. Per quanto si riferisce a quest'ultima, oltre i mezzi noti, consiglia la corrente galvanica e faradica. Col massaggio non ottenne punto risultati duraturi.

KARL HEIL, Assistente del prof. Kehrer (Heidelberg). — Sulla terapia della placenta praevia.

Considerando la grande mortalità fetale che si ottiene col rivolgimento precoce combinato alla Braxton-Hicks, nella Clinica Ostetrico-Ginecologica di Heidelberg si seguono le seguenti norme, che già dal 1891 Kehrer espose nel suo trattato di ostetricia operativa.

Il rivolgimento alla Braxton-Hicks nella placenta praevia si fa solo nei seguenti casi:

1) Nelle gravi anemie materne in cui ogni altra considerazione passa in seconda linea e quindi anche quella relativa ad un feto vivo e vitale.

2) Nei casi di leggiera anemia materna solo quando poche sono le speranze di salvare un bambino vivo e vitale o il bambino è già morto. In tutti gli altri casi in cui di poco sia dilatata la bocca uterina e in cui quivi i tessuti siano resistenti si procederà al tamponamento fino a tanto che la dilatazione permetta l'introduzione, nel viscere, della mano e l'estrazione del prodotto del concepimento.

Heil si riferisce a 28 casi raccolti nel materiale della Clinica e della Policlinica. Diciotto donne partorirono nella Clinica o fuori di essa. La mortalità materna generale fu del 14.28 0[0. (2 casi di morte dopo la versione alla Braxton-Hicks; in uno di essi la morte avvenne per rottura uterina (Policlinica); un caso

di morte per sepsi in una donna, nella quale fuori della Clinica, da ostetrici poco esperimentati, erano stati fatti dei tentativi di rivolgimento; un altro caso di morte di una donna che fu una volta tamponata e in cui quasi a dilatazione completa fu praticato il rivolgimento interno. Anche in questo caso la donna era stata esplorata fuori della Clinica.

Il puerperio fu 14 volte febbrile. Cinque puerperi però furono solo leggermente febbrili, alcuni anzi con un solo rialzo serotino di temperatura. Tra questi 14 casi 10 volte si era usato il tamponamento. Delle 14 donne in cui il puerperio fu afebbrile, 6 erano state tamponate.

Per ciò che si riferisce alla mortalità dei 19 bambini nati in Clinica 15 vennero alla luce vivi - 78.94 0[0, dei 15 feti all'inizio del parto in buone condizioni 5 furono estratti previo rivolgimento alla Braxton-Hicks. Tre tra questi vennero alla luce morti. Con ciò si ha, per il rivolgimento alla Braxton-Hicks, su feti a termine, una mortalità fetale del 60 0[0.

In 8 casi si fece il tamponamento fino a dilatazione completa o quasi completa. Così che si potè fare seguire al rivolgimento subito la estrazione podalica. Solo un feto morì durante il parto (mortalità fetale del 12. 5 0[0). Tutte le otto donne guarirono.

Queste cifre — quantunque molto piccole — parlano abbastanza in favore del tamponamento vaginale in tutti quei casi in cui trattisi di un feto vivo o bene sviluppato e in cui le condizioni materne non obblighino ad espletare senz'altro il parto. Per quanto riguarda il modo di procedere al tamponamento Heil richiama la grande importanza della più scrupolosa anti- ed asepsi, la necessità di un accurato e completo tamponamento del canale cervicale e della volta vaginale. Il tamponamento viene praticato nella Clinica di Kehrer esclusivamente nella posizione sul fianco di Sims collo speculum dello stesso autore. Come materiale per il tamponamento viene usata la garza jodoformica sterilizzata. Per la parte inferiore della vagina si adopera invece il cotone. Il frequente uso del colpeurinter (secondo i precetti di alcuni) deve essere limitato ai casi opportuni, specie ai casi di placenta praevia laterale.

Discussione.

Sippel (Frankfurt). Già da tempo egli crede molto utile in tali casi il tamponamento vaginale in quanto questo può permetterci, alcune volte, di migliorare la prognosi fetale.

Strassmann (Berlino) crede aggravata col tamponamento la prognosi materna e indicazione la prima emorragia per interrompere la gravidanza. Nella pratica però delle levatrici deve essere sempre consigliato il tamponamento.

Hofmeier (Würzburg). Non crede che si debba per ora discutere a proposito dell'importante argomento della cura della placenta praevia. Sarà tale questione ampiamente trattata nel 1897 al Congresso Ostetrico e Ginecologico di Lipsia,

* * *

Per quanto diligentemente abbia cercato di tenere nota delle comunicazioni fatte e della discussione che ad esse seguì all'importante riunione dei ginecologi e degli ostetrici tedeschi a Francoforte, non sempre sono riuscito a scrivere tutto ciò che interessava per la presente pubblicazione.

Esprimo per questo le mie più vive azioni di grazie ai professori *Bumm, Frank, A. W. Freund, H. W. Freund, Kehrer, Löhlein, Müller, Pfannenstiel, Sänger* e ai colleghi dottori *Bulius, Flatau, Heil, Klein, Kötschau, Schäffer, Thorn, Touton,* i quali tutti gentilmente mi aiutarono rendendo meno imperfetta e disadorna la mia relazione.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE.

I. (Comunicazione del prof. *A. W. Freund).* — Sezione schematica degli organi del bacino della prima paziente avanti l'operazione.

2. *(Freund).* — Sezione schematica degli organi del bacino della prima paziente dopo l'operazione.

3. *(Freund).* — Sezione schematica degli organi del bacino nella seconda paziente prima dell'operazione.

4. *(Freund).* — Sezione schematica degli organi del bacino nella seconda paziente dopo l'operazione.

5. *(Freund).* — Sezione schematica degli organi del bacino nella terza paziente prima dell'operazione.

6. *(Freund).* — Sezione schematica degli organi del bacino nella terza paziente dopo l'operazione.

7. (Comunicazione del prof. *Leopold).* — Ciclo degli elementi riscontrati dal professor Leopold nel carcinoma uterino ed ovarico.

8. (Comunicazione del dott. *O. Schäffer).* — Sezione schematica delle pareti addominali al disopra della linea di Spiegel (da Gegenbauer).

9. *(Schäffer).* — Sezione schematica delle pareti addominali al disotto della linea di Spiegel (da Gegenbauer).

10. *(Schäffer).* — Applicazione dei fili di sutura col rientramento, nella ferita, della fascia trasversale e della sierosa peritoneale.

11. *(Schäffer).* — Applicazione dei fili di sutura col rientramento della fascia trasversale e della sierosa all'interno e delle fascie superficiali all'esterno. Avvicinamento dei muscoli tra di loro.

12. *(Schäffer).* — Modo di avvicinamento dei lembi della ferita col nuovo metodo consigliato. Sutura a cifra 8 di Kehrer delle pareti addominali.

Fig. 1.

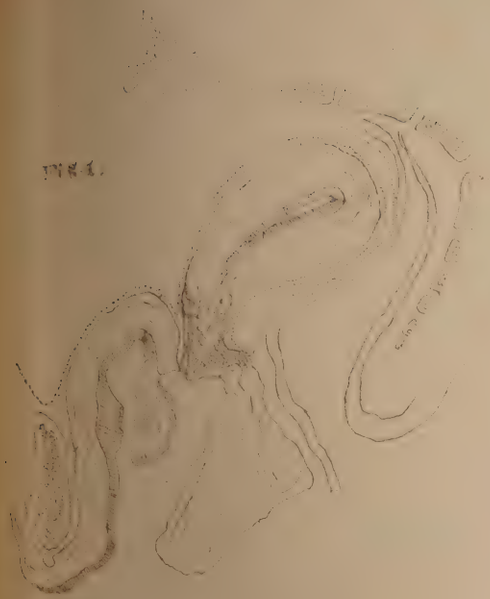


Fig. 2.

Fig. 3.

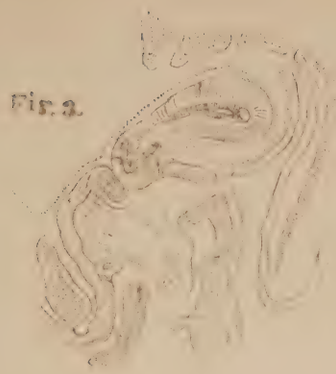


Fig. 4.

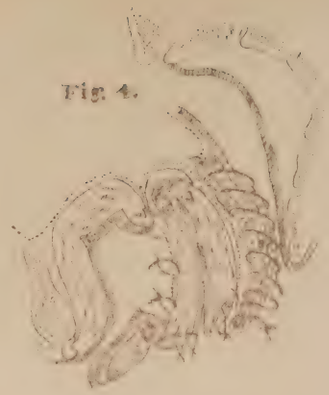
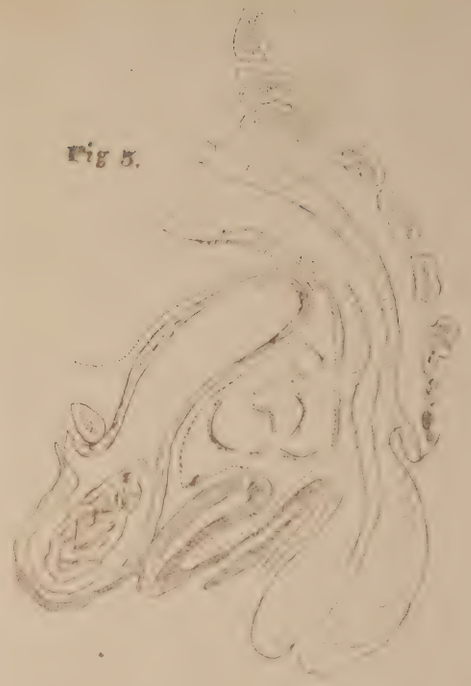


Fig. 5.



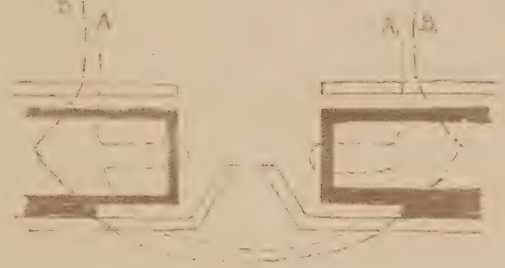
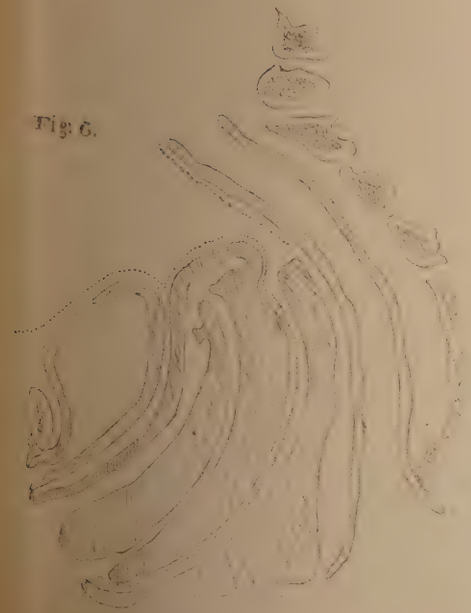


Fig. 10.

Fig. 6.



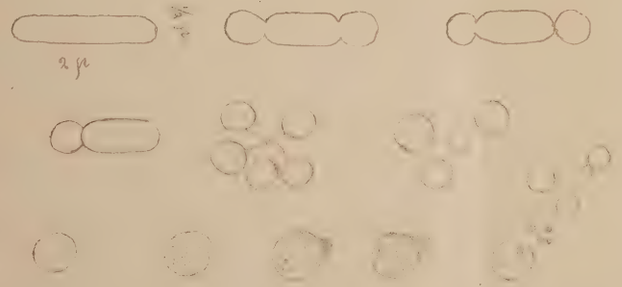
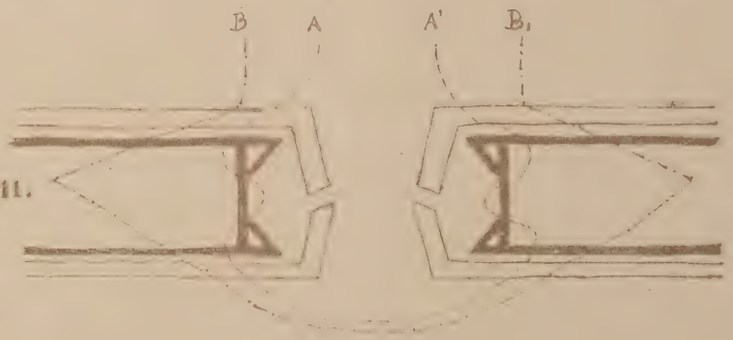


Fig. 7.

Fig. 8.

Fig. 9.

Fig. 11.



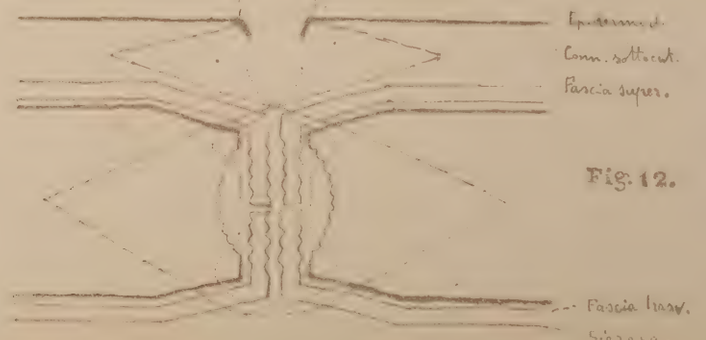


Fig. 12.

9 AUG 97

Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia

La Società terrà la sua quarta riunione annuale in Roma nei giorni 19, 20, 21 e 22 del prossimo Ottobre.

In detta riunione saranno trattati i seguenti temi:

1.° *Cura del prolasso dell'utero* (Relatore prof. O. Morisani);
2.° *Delle suppurazioni pelviche* (Relatore prof. G. Chiarleoni);
3.° *Del vomito incoercibile delle gravide* (Relatore prof. A. Guzzoni degli Ancarani).

NB. — In seguito alle dimissioni del Cassiere prof. La Torre, il servizio di cassa viene provvisoriamente assunto dal prof. E. Pasquali, *Corso Vittorio Emanuele, N. 305 - ROMA.* — Per ogni altro schiarimento rivolgersi al Segretario Dott. F. S. Rocchi, *Via Cavour, N. 116 - ROMA.*

RASSEGNA

N. DENISSENKO. **La cura del carcinoma col chelidonium majus.** *Wratsch,* N. 46. Dalla *Russische medicin. Litteratur,* 1897, N. 1. — M. KELBER. **Alcune osservazioni sull' azione dell' extractum chelidonii majoris nel carcinoma della porzione vaginale dell'utero.** *Wratsch,* N. 46. Dalla *Russische medic. Litteratur,* 1897, N. 1. — J. BERESKIN. **La cura del carcinoma col chelidonium majus.** *Wratschebnija Sapixki,* 1896, N. 11. Dalla *Russische medic. Litteratur,* N. 2.

Il *chelidonium majus,* erba comune anche in Italia, geme dai suoi ramoscelli incisi o divelti un succo giallo acre-urente amarognolo, che, oltre a due alcaloidi velenosi, contiene una resina simile, ma di azione meno violenta, a quella della gommagotta. Per la sua azione dermo-flogistica il succo di recente spremuto dalle piante era usato da tempo per far atrofizzare e cadere le verruche. Recentemente si è tentato di applicarlo nella cura dei carcinomi inoperabili. Il Denissenko si è servito esclusivamente dell' estratto acquoso condensato, applicandolo nei carcinomi delle parti esterne del corpo, con iniezioni parenchimatose e con pennellature e, dei carcinomi inoperabili della porzione vaginale del collo uterino, con tamponi imbevuti di questo estratto. Il Denissenko asserisce che facendo le iniezioni non nei nodi carcinomatosi, ma in vicinanza ad essi, non ebbe a lamen-

tare alcun pericolo e, mentre al luogo della puntura non si manifestava particolare reazione, il tumore si andava limitando. Egli perciò esprime l'opinione che l'estratto di chelidonium abbia non solo una azione locale caustica, ma una azione specifica sul carcinoma.

Il Kelber esperimentò il preparato in 4 casi di carcinoma della porzione vaginale del collo uterino. Usò largamente di questo estratto sia per iniezioni, sia per tamponi, sia contemporaneamente per uso interno, ma tranne lievi e passeggere alterazioni del tumore, non osservò nè impiccolimento del neoplasma, nè arresto della infiltrazione carcinomatosa. La azione in principio della cura è intensa, poi va diventando sempre più lieve; non ebbe per altro ad osservare particolari disturbi generali dell'ammalata.

Il Bereskin spinto dai felici risultati di Denissenko trattò coll'estratto di chelidonium 9 casi di carcinoma, senza ottenere alcun miglioramento. Egli nega per ciò qualsiasi azione specifica contro il carcinoma all'*extractum chelidonii majoris*, non lo consiglia nella forma limitata perchè è preferibile senz'altro l'intervento operativo e non crede pratico l'uso delle iniezioni sottocutanee perchè molto dolorose, destanti talora forte reazione e perfino necrosi dei tessuti.

RESINELLI.

KNAUSS und CAMERER. — **Adenoma cervicis malignum cysticum.** — *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, XXXIV Band, 3 Heft.

L'A. riferisce un caso in cui dopo l'estirpazione d'un polipo, essendo recidivata l'affezione in sito, fu esciso un pezzetto onde sottoporlo ad un esame microscopico. Sulla base di questo fu posta la diagnosi di « adenoma malignum cervicis. »

L'A. descrive minutamente l'aspetto microscopico e macroscopico dell'affezione assai rara, e confronta il suo caso cogli altri preesistenti nelle letterature: ne prende punto di partenza per dimostrare le difficoltà di ben limitare i caratteri che indicano la malignità d'un'affezione all'esame istologico; vuole conservato il nome di adenoma maligno, differenziandolo dall'adeno-carcinoma: vuol riserbato quest'ultimo nome a quelle neoformazioni partite evidentemente da ghiandole, ma che danno luogo a zaffi solidi epiteliari.

Dimostra quindi l'A. la somiglianza che aveva il preparato con i preparati dei così frequenti cistoadenofibromi o cistosarcomi delle mammelle. Pone quindi la quistione se, per analogia con queste neoformazioni delle mammelle, anche per gli adenomi cistici dell'utero provvisti d'uno stroma piuttosto fitto, come nel suo caso, si debba ammettere un minor grado di malignità dell'affezione. Esclude infine la possibilità di applicare a tali casi la derivazione da residui del corpo di Wolf, derivazione recentemente ammessa dal Recklinghausen per gli adenomiomi e per i cistoadenomi dell'utero.

L. NEGRI.

BIBLIOGRAFIA

G. CALDERINI. — **Manuale clinico di terapia e di operazioni ostetriche per studenti e medici pratici.** — Torino, Rosenberg e Sellier, 1897.

Questo Manuale si scosta alquanto dagli altri Manuali di operazioni ostetriche, inquantochè esso non è destinato ad insegnare soltanto la tecnica delle operazioni manuali o strumentali, ma bensì a fornire al medico pratico una guida nell'assistenza ai parti normali e patologici, guida chiara, concisa e completa per tutte le contingenze cliniche, dalla igiene nel parto normale ai più ardui problemi di terapia. Le illustrazioni tutte originali, prese colla fotografia e riprodotte colla zincotopia da pelvi naturali con cadaverini fetali, aggiungono pregio e chiarezza alla pubblicazione, la quale, tanto nella distribuzione della materia, quanto nella forma narrativa della esposizione, costituisce un lavoro originale clinico, pienamente conforme ai progressi della moderna ostetricia. Lasciata ogni discussione dottrinaria ed ogni sfoggio bibliografico, il clinico di Bologna offre così agli studenti ed ai medici pratici una guida saggia e prudente destinata a rendere veramente benefica l'opera dell'ostetrico alle madri ed ai loro figliuoli.

Svolte con sufficiente diffusione le generalità di terapia ostetrica, ed in particolare i metodi di disinfezione, l'A. tratteggia in modo conciso e chiaro i ricordi anatomici ed i cenni più importanti sul meccanismo del parto, quindi in un capitolo a sè tratta la terapia ostetrica in gravidanza. L'aborto, l'aborto provocato artificialmente, l'emorragia da placenta previa e l'eclampsia sono trattati in modo chiaro, completo, conciso; il parto prematuro provocato è svolto con particolare maestria, e, quantunque l'A. siasi già altre volte mostrato fautore di esso, pure, ispirandosi alla sua personale esperienza clinica, fa buon viso al detto di Chiara, che nelle stenosi pelviche il parto prematuro provocato a gravidanza poco avanzata diventa un aborto mascherato, e pone come limite inferiore della CV. mm. 75, il che porta per conseguenza di dover aspettare a provocare il parto fino al termine del settimo o fino alla metà dell'ottavo mese.

Nel capitolo che riguarda le operazioni ostetriche in parto, l'estrazione podalica è svolta con quella chiarezza e precisione che si merita un atto operativo di sì grande importanza e nel quale la correttezza della tecnica può far evitare e superare le molteplici e svariate difficoltà che si presentano nei varii tempi dell'atto operativo. Nella estrazione delle natiche l'A. mostrasi poco favorevole all'uncino ottuso ed accenna a due casi di esito felice da lui ottenuti colla applicazione del forcipe.

Nella estrazione cefalica l'A. consiglia le applicazioni oblique del forcipe nella presentazione del vertice nello scavo, e per le presentazioni di faccia e di fronte dà precetti per ottenere il cambiamento della presentazione. Esposte in breve le osservazioni destinate a correggere l'atteggiamento viziato del feto, la versione è trattata in tutte le sue modalità e nei suoi dettagli.

La terapia delle stenosi del canale genitale offre occasione di trattare la cura delle lacerazioni perineali e di riassumere in breve i mezzi di diagnosi delle pelviche viziature: queste vengono dall'A. distinte in tre categorie sulla base della lunghezza della CV., considerando di primo grado i bacini fra 8 e 9 1|2, di secondo grado fra 6 1|2 e 8 e di terzo grado al di sotto di 6 e 1|2. Nei vizii pelvici di secondo grado mostrasi partigiano del parto prematuro provocato e del rivolgimento, piuttostochè del forcipe. L'argomento offre occasione a parlare della leva sì splendidamente illustrata dal Fabbri nella Clinica di Bologna.

L'arduo argomento della sinfisiotomia è trattato con molta chiarezza e l'A. ritiene la sinfisiotomia indicata nelle viziature pelviche di secondo grado, nelle quali la CV. è fra 75 e 85, quando il feto è vivo e sano e specialmente quando la donna pluripara ha perduto nei parti precedenti uno o due figli, o per volume fisiologico esagerato, o per rivolgimento o per forcipe.

Le operazioni embriotomiche sono trattate con quella sobrietà e con quella precisione che un argomento tecnico siffatto richiede. Trattando del parto accelerato, del parto prematuro istantaneo e del parto forzato, l'A. propone un dilatatore metallico a due branche da lui fatto costruire, non tanto allo scopo di ottenere un'ampia dilatazione, ma a quello di iniziarla.

Fra gli accidenti che possono insorgere durante il parto, sono studiate in modo particolare le emorragie, le lacerazioni dell'utero, la procidenza ed i giri di cordone, l'asfissia del neonato, il rovesciamento dell'utero: la cura della gravidanza ectopica è svolta in modo breve, ma completo. Il taglio cesareo offre occasione a parlare di una nuova indicazione portata dalla ventrofissazione dell'utero col metodo di Fritsch.

Il capitolo quinto, di particolare interesse per il medico pratico, è destinato alle operazioni richieste da puerperio morboso: la cura delle infezioni puerperali dell'endometrio è svolta con molta competenza e la sieroterapia è discussa con sana prudenza per le incertezze dei risultati fin qui ottenuti. Chiude il Manuale un capitolo nel quale sono trattate le operazioni ginecologiche e chirurgiche, che si eseguiscono nello stato puerperale.

L'esposizione dei varii argomenti, qua e là illustrata da brevi narrazioni di casi clinici, riesce piana, facile, persuasiva ed aggiunge originalità all'opera, che sarà certamente accolta in modo favorevole da quanti si interessano e si occupano di ostetricia. RESINELLI.

Lavori di ostetricia e ginecologia pubblicati in omaggio al 25.° anno di assistentato del prof. Ruge nella Clinica ostetrico-ginecologica di Berlino. — Karger, Berlino, 1896.

Questo elegantissimo volume di 246 pagine in grande formato atlante, contiene lavori di A. Martin, G. Winter, C. Gebhard, M. Graefe, W. Thorn, R. Moerike, J. Veit, N. Flaischlen, C. Keller, A. Roblanck, R. Knorr, A. Gessner, Th. Burmeister, H. Heuck. — Questi illustri collaboratori furono o sono assistenti di quella Clinica modello dove insegnò C. Schröder e dove insegna oggi Olshausen.

Fu nel 1871 che Edoardo Martin, strenuo propugnatore del grande rinnovamento che si preparava nella ginecologia e nell'ostetricia, e consentendo agli insegnamenti ed ai precetti di una educazione chirurgica profonda e serenamente scientifica,

creò nella Clinica ostetrico-ginecologica di Berlino un posto di assistente incaricato delle ricerche microscopiche e cliniche. Questo posto egli diede a Carlo Ruge, il quale comprendendo perfettamente l'idea del prof. Martin corrispose in modo elevatissimo e con tutte le sue forze all'incarico datogli.

Al Ruge infatti spetta il gran merito di aver dato coi suoi studii una base, un fondamento anatomico a tutti i campi della ginecologia; sulla guida delle sue ricerche si poterono conoscere i fatti patologici che indussero a concetti affatto nuovi in cure riuscitissime. Così per esempio per le sue ricerche sulla struttura della muscolatura uterina e della mucosa uterina, si venne a conclusioni nuove rispetto al decorso della mestruazione, della gravidanza e del parto. Le sue ricerche sulle endometriti e relative neoformazioni, formano ancora oggi il fondamento delle nostre vedute in proposito; così si dica per gli studii di Ruge sulla gravidanza extrauterina, sull'ovaio, sull'anatomia del neonato e sue lesioni ostetriche.

Si può dire che il Ruge abbia dato coi suoi lavori di microscopia la vera base sicura, anatomica, della diagnosi ginecologica, e quindi abbia aperto nuove e più sicure vie alla terapia operativa in ginecologia.

E C. Schröder coi lavori di Ruge illustrò molte e molte pagine, sia del suo classico trattato di ostetricia, sia le pagine di molte sue ammirate monografie di argomento ostetrico e ginecologico.

Di tutti i bellissimi lavori contenuti in questo libro mi basterà citarne due colle rispettive conclusioni, perchè trattano un argomento importante sul quale oramai quasi tutte le scuole ostetriche moderne vanno d'accordo, e un argomento che è l'espressione spiccata, il frutto dei concetti scientifici anatomici moderni applicati all'ostetricia ed alla ginecologia, concetti a cui si ispira la scuola ostetrica di Berlino, da tutti tanto meritamente ammirata.

I. Sulla ritenzione dell'uovo umano nell'utero dopo la morte del prodotto del concepimento (Max Graefe).

II. Contributo allo studio dell'endometrite e specialmente della ritenzione del corion e della decidua (H. Heück).

Rispetto al primo di questi due lavori il Graefe (appoggiandosi all'esperienza di molti casi studiati da lui e da altri anche coi sussidi dell'esame microscopico), *consiglia in generale lo svuotamento dell'utero,* con qualche riserva circa la varia età della gravidanza. Le considerazioni che inducono l'autore a insistere su questo consiglio dello svuotamento dell'utero sono: prima di tutto le condizioni gravi di indebolimento in cui viene a trovarsi l'organismo della donna per le metrorragie non abbondanti ma ripetentesi in questi casi frequentemente e con durata lunga, e in secondo luogo le condizioni di perturbamento e di depressione della psiche in cui vengono a trovarsi le donne che capiscono essere il loro corpo convertito in una tomba. E notevole è il metodo dell'autore per ottenere (nelle condizioni migliori di asepsi che si possano in questi casi desiderare), la voluta dilatazione del canale cervicale; metodo che non posso qui descrivere per non dilungarmi di troppo in questa recensione.

Rispetto al secondo dei lavori citati (H. Heück) ecco alcuna delle conclusioni che fanno raccomandare all'autore nella maggioranza dei casi, *il raschiamento della cavità uterina dopo l'aborto*:

I. Nell'età attiva e florida dello sviluppo sessuale della donna, la ritenzione di corion o di decidua nell'utero è la condizione di massima importanza nella produzione delle metrorragie.

II. Salvo poche eccezioni, nei casi di emorragie uterine di lunga durata, dopo un aborto, si stabiliscono processi di endometrite molto diffusi.

III. Basta la ritenzione di pochissima quantità di corion o di decidua dopo l'aborto per determinare e mantenere le perdite sanguigne. CIOJA.

NECROLOGIO

Prof. CARLO GRILLENZONI.

La notte del 4 Luglio dopo pochissime ore di malattia, moriva in Ferrara il comm. prof. Carlo Grillenzoni, direttore della Maternità e professore di ostetricia nelle scuole di Ferrara. Di lui non è frase rettorica il dire che non è facile decidere se fu più grande come cittadino o come scienziato. Patriota ardente ed animoso, subì le persecuzioni e l'esilio; deputato alla Costituente Romana nell'Assemblea delle Romagne e nel Parlamento nazionale, nella città sua tenne i più alti uffici pubblici. D'animo altamente benefico, istituì in Ferrara gli Asili di infanzia, che corrispondono ad una delle più provvidenziali opere di beneficenza pubblica.

Laureatosi in medicina e chirurgia nell'Università di Bologna nel 1838, fu da prima dissettore anatomico, poi supplente di fisiologia nell'Università e chirurgo supplente nell'Arcispedale di S. Anna. Nel 1849 fu destituito da ogni officio ed esiliato riparò in Toscana, dove visse esercitando la sua professione di medico e dedicandosi particolarmente all'ostetricia. Nel 1860 ritornava a Ferrara nominato prof. di clinica chirurgica e di ostetricia in quell'Università; due anni dopo era creato professore titolare di anatomia umana. Nominato direttore dell'Ospizio di Maternità nel 1865, egli, come docente libero di ostetricia, fondò e mantenne a tutto suo carico le scuole per le levatrici. Fu preside per molti anni della Facoltà di medicina e per 9 anni rettore dell'Università libera di Ferrara.

Dotato di alto ingegno e di non comune attività, lasciò numerosi scritti di argomenti medico-chirurgici ed ostetrici, ed un Manuale di ostetricia per le levatrici; ancora due mesi or sono, nella tarda età di 83 anni, egli intratteneva i colleghi della Accademia medica di Ferrara, con una dotta memoria di ostetricia.

Ferrara ha in Lui perduto il suo primo cittadino, e l'ostetricia italiana uno dei più modesti e valenti suoi cultori.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIX. Agosto 1897. Num. 8.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI
EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Pavia
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

IL PARTO PODALICO
NELLA CLINICA OSTETRICA DI PAVIA

STUDIO STATISTICO

DEL

Dott. ERSILIO FERRONI
Assistente volontario.

Potrebbe a prima vista sembrare superfluo il presente modesto contributo clinico alla letteratura abbastanza ricca sul parto podalico, il quale a ragione può dirsi uno dei capitoli dell'ostetricia maggiormente discusso. Tuttavia l'esame di tale letteratura mi ha convinto che un nuovo lavoro sull'argomento dedotto dall'osservazione accurata di un vasto materiale scientifico e improntato a un indirizzo essenzialmente statistico poteva riuscire se non nuovo, neppure però una ripetizione inutile di quanto altri egregiamente hanno detto. Infatti, non tenendo calcolo dei molteplici resoconti annuali pubblicati dalle Cliniche e dalle Maternità più importanti, come quelle di Milano, Firenze, Bologna, ecc. (Casati (1), Mangiagalli (2), Chiarleoni (3), Berruti (4), Grassi (5), Alberti (6), Bruers e Berti (7), Sacchi (8), Pugliatti (9), ecc.), resoconti che per la loro indole si prestano poco allo studio di siffatto argomento, può dirsi che mancano in Italia dei lavori sul parto per il podice inspirati a un indirizzo statistico, ove si eccettui la pregevole memoria dell'Inverardi (10) sul parto podalico nella Clinica ostetrica torinese, in cui sono raccolti e attentamente studiati 314 parti podalici avvenuti dal 1.° Novembre 1858 al 31 Luglio 1877 nella Clinica diretta dal professor Tibone, e il recentissimo lavoro del Truzzi (11) sull'estrazione

podalica del feto, che raccoglie 394 casi di parto pel podice nelle Cliniche di Parma, Milano e Novara.

Ecco perchè, pur essendovi in Italia un largo materiale scientifico il quale fornirebbe ricca messe a chi volesse accuratamente raccoglierlo e ordinarlo, l'ostetrico il quale voglia occuparsi del parto podalico dal punto di vista anzidetto, è costretto a ricorrere sempre e quasi esclusivamente alla letteratura straniera, sul proposito doviziosamente ricca. Ed ecco perchè, per invito fattomi dal chiarissimo prof. Mangiagalli, mi sono deciso a occuparmi dell'argomento senza pretensione alcuna, e lietissimo, quando non altro, se ciò potrà invogliare persone più competenti ad occuparsene e a controllare i miei risultati. In ordine ai quali è bene che io dica fin da ora, una volta per tutte, che i medesimi per la natura stessa delle ricerche di cui sono frutto, non hanno nè possono avere un valore neppur lontanamente dommatico e che non merito quindi taccia alcuna di arroganza se qualche volta contraddicono idee e conclusioni da altri emesse, vuoi perchè ogni conclusione desunta da ricerche di natura statistica e basata quindi sul calcolo delle probabilità non può avere valore assoluto, vuoi perchè le dette ricerche, essendo fatte in un determinato luogo ed entro un determinato periodo di tempo, devono necessariamente risentire l'influenza del loro ambiente e non possono quindi contraddire nel senso reciso della parola altre conclusioni derivanti da altre osservazioni fatte in circostanze cronologiche, regionali e climatiche differenti.

Ed ora, prìa che cominci, un ringraziamento doveroso al professor Mangiagalli, che con cortesia superiore a ogni rendimento di grazie, mise a mia completa disposizione i registri della Clinica di Pavia da Lui diretta.

***

In questo lavoro ho raccolto la casuistica clinica della scuola ostetrica di Pavia per lo spazio di circa 75 anni scolastici, e cioè dal Novembre del 1819 al 31 Dicembre 1895, aggiungendovi quei casi avvenuti lungo le vacanze autunnali nel *Comparto ostetrico* annesso alla Clinica.

Ho voluto avere tra le mani un materiale piuttosto vasto e che abbracciasse una serie di anni non indifferente per tener calcolo del

fattore cronologico e perchè convinto del principio, del resto elementare, che i risultati di un lavoro statistico hanno tanto maggior valore e si avvicinano tanto più al vero quanto più vasto è il materiale che si è preso in esame. E a questa ragione di ordine generale posso aggiungerne un'altra d'ordine particolare e che non credo priva d'importanza, cioè a dire la diversità dell'indirizzo scientifico della scuola ostetrica di Pavia a seconda dei vari maestri che vi si sono succeduti lungo tal periodo di tempo, ciò che ridonda a vantaggio delle conclusioni che sarò per trarre, dal momento che esse non potrà dirsi rappresentino i principî di una sola persona, ma sono la fedele interpretazione di vari fatti complessivamente analizzati.

Inutile poi dire che in molti punti del lavoro ho dato quel peso che meritavano a tutti i casi i quali, per il loro andamento e risultato ultimo, devono andare spiegati con le conoscenze del tempo in cui erano avvenuti.

Dal 1819-20 al 1895 trovo un totale di 8603 parti (8450 semplici e 153 multipli): le presentazioni podaliche comprese in questo numero sono 454, tenendo conto in tale cifra complessiva tanto delle gravidanze semplici che delle composte.

Di queste 454 presentazioni podaliche 349 appartengono a gravidanze semplici, 105 a gravidanze composte in cui uno o più feti si presentarono pel podice (88 bigemellari di cui 72 con un feto pel P. e 16 con entrambi pel P.; 1 trigemellare con una sola presentazione podalica).

Tale cifra non è indifferente per lo studio dell'argomento essendo superiore anche a quella presentata dall'Inverardi, quantunque i 314 parti pel podice da lui pubblicati (nella qual cifra sono compresi i gemellari), siano avvenuti in poco meno di un ventennio.

Passerò in sommaria rassegna questo numero di casi occupandomi prima dei parti podalici semplici. In ultimo darò un rapido sguardo alle gravidanze composte che si sono espletate con uno o più parti pel podice.

Gravidanze semplici con presentazione podalica.

Frequenza.

Dissi di aver raccolto 349 parti podalici semplici su 8603 parti in genere. Basandoci su questa cifra la frequenza della presentazione podalica nella Clinica di Pavia sarebbe del 4.05 0[0, cioè a dire di un parto pel podice sopra 24.6 e ricavando la media dal complesso delle sole gravidanze semplici, N. 8450, essa raggiungerebbe appena il 4.13 0[0.

Questa percentuale, se vogliamo confrontarla con le cifre messe avanti da un buon numero di autori italiani che si sono occupati dell'argomento in parecchi rendiconti clinici, si allontanerebbe un poco da quella ormai accettata per il nostro paese. Il Cuzzi (12), infatti, facendo una media delle varie percentuali trovate in parecchie Cliniche, stabilisce pei parti podalici una frequenza dal 5 al 6 0[0, e crede che tale cifra fluttuante non si allontani dal vero per quanto si riferisce all'Italia.

Il Berruti (4) aveva di già trovato nella Maternità di Torino una media del 6.31 0[0, cioè di un parto podalico su 15.8, media che risaliva fino al 7 0[0 prendendo in esame 400 parti della sezione Nubili. In ciò il Berruti (13) si accordava approssimativamente con la media del 6 0[0 che il Porro aveva notato nella Maternità di Milano nel biennio 1869-70. E quest'ultima percentuale non era del resto di gran lunga differente da quella osservata negli anni precedenti (1864, 65, 66, 67, 68) dal Casati (1), il quale, nella stessa Maternità, aveva trovato pel parto podalico una frequenza del 5.80 0[0, vale a dire di 1 su 17.2. Similmente, a quanto riferisce il Grassi (5), nella Maternità di Firenze, nel 1880, la percentuale del parto pel podice fu del 5.65 0[0 (1 su 17.7) e in quella di Cremona, secondo il Sacchi (8), del 5.22 0[0 (1 su 19.1). L'Inverardi (10) stesso nella Clinica ostetrica di Torino, su 5800 parti avvenuti dal '58 al '77, ha osservato una media del 5.18 0[0 (1 sopra 19.2), cifra inferiore alle altre, ma rilevante anch'essa se si mette in confronto con quella da me ottenuta nella Clinica di Pavia.

Se però la nostra media poco s'accorda con quelle già riferite, non è a dirsi che risultati su per giù uguali ai nostri non siano stati ottenuti da altri osservatori. Basterà citare il Mangiagalli (2), che nel quinquennio 1875-79 della Clinica ostetrica di Milano, riporta il 4.32 0[0 di

present. podal. (1 su 23 circa) e l'Alberti (6) a Modena, che nel triennio 1880-82 trova per la stessa presentaz. la media del 4.82 0[0 (1 su 20. 7).

Nè mancano d'altro canto delle cifre inferiori alle nostre, quali ad es. quelle del Bruers e del Bruers e Berti (7) 3.08 0[0 (1 su 25. 3), nonchè del Belluzzi (14) che scende fino al 2.50 0[0 (1 su 40) e di molti altri ancora di cui non ci occupiamo perchè i loro risultati si fondano sopra uno scarso numero di osservazioni.

Di fronte però alle medie date dalla grande maggioranza degli autori, queste ultime cifre hanno un interesse puramente relativo. Non si può disconoscere infatti che in Italia la frequenza del parto podalico sia alquanto elevata, pur essendo lontani dall' affermare che essa raggiunga la media del 6 0[0.

La percentuale del 4. 05 riscontrata nella Clinica di Pavia rappresenta quasi un termine di mezzo tra tutte le cifre prese in esame, ed è quella che si dovrebbe accogliere con maggior favore perchè non pecca dei vizî degli estremi. Se essa non è la vera, come del resto non ne ha la pretesa nel senso che circostanze regionali potranno farla deviare dalla cifra razionale che dovrebbe essere assegnata per l' Italia, non si allontana certo di molto dal vero nè si potrà negarle un forte valore, essendo dedotta da un gran numero di casi riscontrati in un grande spazio di tempo.

Del resto la stessa diversità di percentuali si nota nelle statistiche delle Cliniche straniere e un rapido sguardo alla seguente tabella, in cui son raccolti i risultati di parecchi fra i principali ostetrici, basterà a dimostrarlo.

Corson (15)	1.51 0[0	
Koettnitz (16)	2 »	
Penrose (17)	2 »	
Braun (18)	2.7 »	cioè 1 su 37
Baudelocque (19)	2.8 »	
Etienne (20)	2.8 »	
Blacd (21)	2.84 »	
Hecker (22)	2.9 »	
Joulin (23)	2.9 »	cioè 1 su 34
Boer (24)	2.9 »	
Boivin (25)	3 »	cioè 1 su 33
Playfair (26)	3 »	
Küstner (27)	3.2 »	

Pinard (28) (accettata da Collins, Tarnier e Chantreuil) (29) . .	3.30 0[0	cioè 1 su 30	
Lachapelle (30)	3.6 »	cioè 1 su 27	
Merrimann (31)	3.6 »		
Velpeau (32)	3.7 »	cioè 1 su 26.1	
Depaul (33)	3.8 »	cioè 1 su 25.6	
Charles (34)	4 »	cioè 1 su 25	
Schônberg (35)	4.14 »		
Dubois (36) (accett. da Hubert) (37)	4.20 »	cioè 1 su 24	
Gardien (38)	5 »	circa	
Welponer (39)	6.07 »	cioè 1 su 16.4	

Anche all'estero si ha quindi quella disparità di risultati a cui abbiamo accennato per l'Italia, quantunque appaia manifesto un relativo accordo tra i vari autori, sulle cifre che dal 2 vanno al 4 0[0. E tale accordo è ormai un fatto incontrastato. Tra tutte queste percentuali quella del Pinard (28), ricavata dall'osservazione di 100,000 parti, è oggidì universalmente accettata, così da assegnare al parto pel podice una frequenza del 3.30 0[0. Ammessa questa cifra come base, non c'ingannavamo affermando che il parto podalico in Italia si riscontra più frequentemente che negli altri paesi, come dimostrano le statistiche che antecedentemente abbiamo riportate.

Sul valore di questi dati non facciamo però grande assegnamento. Non vi è difatti chi non sia convinto che i risultati delle statistiche cliniche di spesso non riflettono il vero stato delle cose, avuto riguardo al gran numero di casi distocici o presso a poco tali che annualmente si contano negli istituti scientifici.

Una percentuale esatta sulla frequenza del parto podalico sarebbe quella desunta da un gran numero di osservazioni appartenenti alla pratica privata, come è stato fatto da Hegar e da Spiegelberg, che hanno stabilito pel parto podalico la frequenza dell'1.59 0[0 (cioè 1 parto pel podice su 62), risultati identici a quelli riportati da Schwörer nelle sue tavole pel circolo badese dell'alto Reno. Queste cifre però non si accordano con quelle del Guéniot (40) (3.35 0[0, cioè 1 su 29.7), secondo il quale non esisterebbe alcuna differenza tra il procento del parto podalico nella Clinica privata e nelle Maternità. Comunque sia, non perderemo di vista quest'argomento e in mancanza di studi diretti in tal senso (specialmente per l'Italia), accoglieremo con una certa riserva quella percentuale che poco fa abbiamo accennata.

Etiologia.

Sull'etiologia del parto podalico molto è stato detto a cominciare dai primissimi tempi in cui l'arte ostetrica prese a trattare questo argomento.

Sarebbe lungo, e del resto fuor di proposito, riportare le idee degli autori che se ne sono occupati: basterà dire che tra le molteplici cause da essi stabilite prevalgono in modo speciale la multiparità, i vizî pelvici, la gravidanza multipla, la prematuranza e la morte del feto, il deficiente sviluppo di esso, le mostruosità e il polidramnios.

Parecchi hanno tentato di ordinare queste cause in una classificazione sistematica e di queste classificazioni se ne conoscono infatti moltissime a cominciare da quella del Pinard (28), che distingue i momenti etiologici in rapporto a due speciali serie di presentazioni podaliche — le franche e le accidentali — (le prime dovute principalmente all'idrocefalia e al maggiore sviluppo del segmento inferiore, le altre alla piccolezza del feto, al polidramnios, alla pluriparità, alla macerazione del feto, alla gravidanza gemellare ecc.), e a finire a quella del Cuzzi (12) secondo il quale le cause potrebbero dividersi in tre gruppi: 1.° alterazione dei fattori del normale accomodamento; 2.° fattori che danno una maggiore mobilità al feto nella cavità uterina; 3.° giri di cordone al collo del feto.

Senza intrattenermi su questi particolari, passerò in rassegna le principali cause che sono state ammesse per la genesi del parto podalico, servendomi del materiale che ho raccolto e che vi si può riferire e paragonando i miei dati con quelli degli autori che maggiormente si sono interessati dell'argomento.

Per facilità di esposizione, divido le cause del parto podalico in cause relative alla madre e cause relative al contenuto uterino in genere, seguendo l'ordine dello specchietto qui annesso:

Cause relative alla madre . .	Professione.	
	Maggiore sviluppo del segmento inferiore	in rapporto alle ripetute gravid. pod. nella stessa donna senza alterazioni primitive o acquisite dell'utero.
	Ereditarietà.	
	Anomalie congenite dell'utero.	
	Alterazioni di forma acquisite dell'utero.	
	Pluriparità.	
	Età della donna.	
	Vizî pelvici.	
	Gravidanza multipla.	

Cause relative al contenuto uterino . . . . . .
- Prematuranza del feto.
- Morte del feto.
- Speciale sviluppo del feto { Peso. — Lunghezza. — Dimensioni della testa e del tronco.
- Sesso.
- Obliquità fetale.
- Mostruosità fetali.
- Polidramnios.
- Placenta previa.
- Giri di cordone.
- E come complemento:
- Versione spontanea.

Professione. — Per dare un quadro possibilmente completo di tutto ciò che si può riferire all'etiologia della presentazione podalica, ho voluto riscontrare se realmente la professione esercitata dalla donna gravida potesse spiegare una qualsiasi influenza sul genere della presentazione, come lo Jeaucourt (41) caldamente ha sostenuto.

La conclusione dello Jeaucourt, cioè a dire che le professioni sedentarie predispongono alle presentazioni che non siano quelle di vertice, invoglia ad una tale ricerca.

Egli difatti, esaminando il decorso di 761 gravidanze, potè rilevare per ciò che si riferisce alla presentazione dell'ovoide podalico, 1 caso su 46 (comparati alla presentazione di vertice) nelle donne esercenti una professione attiva, e 1 caso su 14.7 in quelle costrette a professioni sedentarie. Se non che questi dati abbastanza eloquenti non trovarono conferma negli studi successivi accuratamente condotti da altri autori, quantunque di tanto in tanto qualche ostetrico abbia cercato di confermarli. Tra questi, ad esempio, citeremo il nostro Pugliatti (9) che su 8 presentazioni podaliche, escludendone 3 appartenenti a gravidanze gemellari, ne osserva 5 in pluripare di professioni sedentarie. Dalle cifre di Mangiagalli (2), che controllano i risultati dello Jeaucourt nella Clinica ostetrica di Milano, si rileva 1 presentazione podalica su 22.16 di vertice nelle gravide con professione attiva e 1 di podice su 21.26 in quelle di professione sedentaria. E trattando dell'ovoide podalico in ispecie, sopra 65 di queste presentazioni, 23 furono osservate nelle gravide con professioni sedentarie e 42 in quelle con professioni attive.

L'Inverardi (10) che più di tutti si è occupato del parto podalico,

conclude nello stesso modo, stando alle cifre che egli presenta e che qui integralmente trascrivo:

Professioni attive	Contadine	65	N. 166
	Serve	33	
	Donne di casa	21	
	Stiratrici	10	
	Lavandaie	9	
	Merciaie	8	
	Cuoche	7	
	Erbivendole	7	
	Mestieri diversi	6	
Professioni sedentarie	Sarte	39	» 120
	Cucitrici	18	
	Filatrici	18	
	Tabaccaie	15	
	Mestieri diversi	30	
Professioni ignote		15	» 15
			N. 301

(non tenendo conto delle gravidanze gemellari).

Le mie ricerche eseguite nella Clinica di Pavia conducono a dei risultati che collimano esattamente con quelli sopra riferiti, anzi potrei aggiungere che essi sono più dimostrativi dei primi, per l'evidente contrasto che offre il numero dei parti podalici nelle donne con professione attiva e in quelle con professione sedentaria. Difatti, su 349 donne che partorirono un feto pel podice (prescindendo dalle gravidanze gemellari), si ebbero:

Professioni attive	Contadine	153	N. 271
	Serve	68	
	Stiratrici	2	
	Casalinghe	26	
	Lavandaie	9	
	Giornaliere	9	
	Infermiere	4	
Professioni sedentarie	Sarte	18	» 52
	Cucitrici	17	
	Filatrici e tessitrici	3	
	Possidenti	7	
	Portinaie	2	
	Mestieri diversi	5	
Professioni ignote		26	» 26
			N. 349

Da questi soli dati, volendo, si potrebbero trarre conclusioni diametralmente opposte a quelle dello Jeaucourt, senza il più lontano dubbio di creare delle interpretazioni ipotetiche. Noi però non sognamo neanche di andare tanto in là. Ci basta soltanto di avere escluso con queste cifre quella speciale influenza della professione sul genere di presentazione che da parecchi autori s'invocava pel parto podalico.

Ripetute gravid. podaliche nella stessa donna (con utero normale). — Un fatto degno di rilievo e ormai da tutti confermato, è il riscontrare spesse volte una presentazione podalica in donne che hanno partorito altri feti nello stesso modo. E questo senza che nell'utero si riscontrino dei vizii di prima formazione o delle speciali alterazioni acquisite che senz'altro potrebbero dar ragione della presentazione podalica.

Molti ostetrici hanno trattato quest'argomento e la letteratura si è arricchita di un gran numero di casi che vi si riferiscono. Già la Lachapelle (30), lo Smellie (42), lo Joulin (23) e moltissimi altri ancora avevano osservato il ripetersi della gravidanza podalica nella stessa donna e il caso citato dal Velpeau (32) di 6 gravidanze con 6 presentazioni podaliche confermava queste vedute. Tali osservazioni non hanno però gran valore per il fatto che ci riguarda, giacchè non danno mezzo di discernere se la ripetuta presentazione podalica fosse allora dovuta ad una speciale conformazione uterina o se si fosse avverata in utero obbiettivamente normale, nè, per la stessa ragione, ebbero maggior valore le osservazioni successive, se non quando la donna fu sottoposta ad un rigoroso esame della sfera genitale. Non voglio qui riportare i casi che sotto questo punto di vista sono stati pubblicati.

Mi limiterò soltanto a ricordare tra le osservazioni degli ultimi anni quella del Ligien (43) che riporta il caso di una IIIpara la quale partorì 2 gemelli pel podice, dopo aver avuto una precedente gravidanza con presentazione podalica, quelle del Dalhem (44) di una IIpara, IIIpara e Vpara ciascuna delle quali con due parti pel podice mentre una IVpara ne aveva avuti tre, quelle dell'Etienne (20) con 1 aborto e 4 gravidanze a termine con parti podalici, e di una IIpara con due feti anch'essi a termine pel podice, quelle del Koettnitz (16) nelle quali si ripete perfino la stessa varietà della presentazione podalica (3 donne che 2 volte partorirono in var. natiche, una 4.ª che ebbe tre parti pel podice ed una 5.ª che in 13 gravidanze ebbe 5 figli nati per l'ovoide pelvico), ecc. ecc. Del resto chi avesse vaghezza di riscontrare sul

proposito un vasto materiale clinico, potrebbe ricorrere alle tabelle dello Schäublin (45) sulla ripetizione della stessa presentazione nelle pluripare.

In queste tabelle, che raccolgono a gruppi separati le IIpare, le IIIpare, ecc. ecc., si notano principalmente:

IIpare — Due donne con due parti in varietà natiche (non tenendo conto dei casi in cui la presentazione podalica potrebbe ripetere la sua origine da un vizio pelvico)

IIIpare (176 casi in tutto)	4	donne	con	2	parti	pel podice	
	1	»	»	3	»	»	(var. piedi S A)
IVpare (44 casi) . . .	3	»	»	2	»	»	
	1	»	»	3	»	»	(var. piedi S A)
Vpare (10 casi) . . .	2	»	»	2	»	»	
	1	»	»	1	»	»	

Anch'io, studiando tale argomento, potei raccogliere un certo numero di questi casi, valendomi di 66 storie (esclusi i parti di feti immaturi e macerati) minutamente redatte sotto la direzione del chiarissimo prof. Cuzzi. Sopra questi 66 casi ne trovai 8 in cui la presentazione podalica si era ripetuta senza che l'utero mostrasse qualsiasi anomalia o fatto patologico, il che equivarrebbe ad una media non indifferente del 12 0[0 circa. Secondo le cifre del Winckel (46), sebbene questi non specifichi le condizioni dell'utero nelle gravide prese in esame, si scenderebbe invece all'8.50 0[0, avendo egli riscontrato 10 ripetizioni di parto podalico su 120 pluripare.

I casi che ho raccolto sono i seguenti e si riferiscono a donne che oltre ai parti sotto menzionati ebbero in Clinica l'ultimo pel podice:

(Su 9 IIpare) 3 IIpare la di cui gravidanza antecedente si espletò con un parto anch'esso pel podice;

(6 IIIpare) 1 IIIpara con due presentazioni podaliche nelle due prime gravidanze;

(6 VIIIpare) 1 VIIIpara. Il 5.° era stato podalico;

(6 IXpare) 2 IXpare, delle quali la prima con l'8.° parto pel podice e la 2.ª col 7.° e l'8.° anche pel podice;

(2 Xpare) 1 Xpara. Il 9.° parto avvenne per l'ovoide pelvico.

Come apparisce da questi 8 casi, ho potuto riscontrare la ripetizione della gravidanza podalica in due gruppi, dirò così, di pluripare:

nelle poco-multipare (IIp. e IIIp.) e nelle molto-multipare (dalle VIIIp. in poi) laddove manca completamente nelle pluripare intermedie.

Le tavole dello Schäublin dimostrano d'altro canto che quanto più si va avanti nel numero delle gravidanze, tanto più cresce la possibilità della ripetizione del parto podalico. Mettendo d'accordo questi due dati, si può dire che il parto pel podice si ripete con più frequenza nei due estremi della pluriparità, nella poco e nella molto-multiparità e maggiormente in quest'ultima.

L'interpretazione di questo fatto, che non si collega ad alcun vizio di forma o di struttura dell'utero, evidentemente non potrà essere identica per l'una e per l'altra delle due serie accennate. La spiegazione del ripetersi con maggior frequenza il parto podalico nelle molto-multipare, e specialmente negli ultimi parti, rientra senza dubbio nella pluriparità in sè della quale ci occuperemo in seguito trattando questo capitolo.

Ciò che invece resta da spiegare è il perchè, senza alcun fattore apprezzabile, una donna abbia la prima gravidanza pel podice e nello stesso modo tutte le successive. In mancanza di meglio ci contenteremo per ora di pensare, come fa gran parte degli autori, e il Bourrus (47), in ispecie, ad un maggiore sviluppo del segmento inferiore dell'utero per il quale il podice, più voluminoso, si metterebbe in rapporto con questo. Il maggiore sviluppo del segmento inferiore, per condizioni speciali dell'organo, si manterrebbe costante nelle successive gravidanze.

Se questa interpretazione non è ammissibile in tutti i casi perchè non pensare a dei caratteri proprî del feto, quali ad es. il maggiore sviluppo dell'estremità cefalica, caratteri che si ripeterebbero nei feti susseguenti in rapporto alle leggi dell'ereditarietà? Ma su queste speciali condizioni del feto m'intratterrò in seguito. Per ora mi basta aggiungere che il fatto dell'ereditarietà nella presentazione podalica ha oggidì acquistato un certo interesse, così da trovare in parecchi casi una vera e propria trasmissione del parto pel podice da madre in figlia. A tale riguardo sono dimostrative le osservazioni del Koettnitz:

Una donna Ipara partorisce un feto pel podice, la sorella Ipara aveva partorito un feto per l'ovoide pelvico e anche la madre Ipara aveva avuto un figlio per la stessa presentazione. Una IIpara con due

parti espletatisi in var. natiche era nata anch'essa per le natiche; una IVpara che aveva avuto due parti podalici ha una sorella e la madre che hanno partorito allo stesso modo. Una donna con tre figli nati pel podice (1 grav. gemell. ed 1 semplice) ha la madre che ha partorito un feto anch'esso pel podice.

Questa ereditarietà adunque, come dicevo più sopra, non può mettersi in rapporto che con caratteri speciali del feto, trasmissibili nella stessa famiglia, mancando quelle condizioni proprie dell'utero che valgano a spiegare il fenomeno.

Anomalie congenite dell' utero. — Nei casi di anomalie congenite dell' utero le presentazioni che non siano di vertice sono, per così dire, la regola. Fra queste trovasi spesso la presentazione podalica. È superfluo dire della genesi di questa presentazione in siffatti casi: l'Herrgott (48), il Saxtorph, il Winkel, il Wigand, ecc., e negli ultimi tempi il Pfannenstiel (49), lo Steffens (50), il Griziotti (51) ne hanno parlato abbastanza. Non meraviglierà quindi se in utero unicorne o bicorne si riscontri per anomalo adattamento una presentazione podalica e se questa presentazione si ripeta varie volte nella stessa donna, come in un caso ha riscontrato il Nourse (52) per 12 gravidanze successive. Fra tutti i miei casi uno solo si riferisce a questa categoria. Si tratta di una Ipara di anni 20, gravida alla fine dell'8.° mese. A questa epoca entra in travaglio di parto e lungo l'inizio del periodo dilatante si constata in corrispondenza della bocca uterina un grosso e forte tramezzo diretto in senso antero-posteriore. Il feto è in presentazione podalica completa S A. Sotto valide contrazioni il tramezzo si sfianca e gradatamente si rompe permettendo il parto spontaneo. Il feto di gr. 1919 nasce asfittico e subito dopo si rianima. Evidentemente in tal caso non può negarsi che questo sepimento abbia esercitato una certa influenza sulla genesi del parto podalico.

Alterazioni di forma acquisite. — Lo stesso dicasi per tutte quelle lesioni dell'utero che pur permettendo la gravidanza, sformano l'organo in modo da creare delle presentazioni anomale e quindi anche delle presentazioni podaliche. Tra queste lesioni il fibromioma, nelle sue varietà, tiene il primo posto e stando alle cifre del Susserot si dovrebbe ritenere che gli uteri miomatosi diano il 23.0[0] di presentazioni podaliche. Tale frequenza devesi mettere in rapporto con l'alterazione di forma che subisce l'utero, in seguito alla quale vengono turbate più

o meno profondamente quelle leggi di adattamento che danno luogo alla presentazione di vertice. Dal 1883 al 1895 mi si è offerto un solo caso di presentazione podalica fra il discreto numero di gravidanze che lungo tale periodo di tempo si sono riscontrate in uteri fibromiomatosi. Esso si riferisce ad una Ipara, di anni 28, che alla fine del 5.° mese partorisce pel podice un feto morto di 380 grammi e lungo 27 cent.: questa donna presenta un fibromioma interstiziale impiantato sul segmento inferiore e che si diffonde sino al collo. In tal caso però, data l'epoca della gravidanza e la sede del tumore, il solo fibromioma non può spiegare, per ragioni abbastanza ovvie, la presentazione podalica e più che ad esso si deve pensare alla immaturità e alla morte del feto.

Non trascrivo quindi la storia clinica relativa all'andamento della gravidanza, del parto e del puerperio, riportata anche dal Pestalozza (53) (« Fibromi d'utero e gravidanza »), tanto più perchè esorbiterebbe da una semplice esposizione sulla etiologia della presentazione podalica.

Anche i tumori degli annessi, in circostanze speciali, possono dar luogo alla presentazione podalica e ciò comprimendo, spostando o alterando in un modo qualsiasi la forma e la sede dell'utero gravido.

Infine, a complemento di tutto quanto è stato detto, si aggiunga l'eventuale influenza che certi tumori appartenenti ai visceri addominali possono spiegare sull'utero gestante. A questa categoria appartiene il seguente caso di una primipara di anni 23, affetta da un considerevole tumore di milza, disceso tanto da occupare tutta la fossa iliaca sinistra; a termine essa partorisce pel podice, in var. natiche D P, un feto del peso di 2712 gr. È evidente in questo caso l'influenza del tumore di milza sul genere di presentazione e perfino sulla varietà di essa e sulla posizione del feto. La spiegazione si trova nell'ostacolato accomodamento dell'estremità cefalica entro il segmento inferiore e nella diminuzione di spazio utile verso il lato sinistro dell'addome, per il quale il feto trovasi costretto a sollevare gli arti e a condurre contro la parete uterina destra la parte più rigida e meno compressibile del tronco — la colonna vertebrale.

Primiparità e pluriparità. — Ormai non si discute più sull'affermazione di tutti gli ostetrici che la pluriparità si debba considerare come una tra le principali cause del parto podalico. Infatti nelle statistiche riportate dagli autori, il numero delle pluripare è costantemente maggiore di quello delle Ipare.

Recentemente, al 3.° Congresso italiano di ostetricia e ginecologia, il Truzzi (11), su 394 donne con gravidanza podalica — semplice e composta — dava una cifra di 280 pluripare e 114 Ipare, quest'ultime cioè nel rapporto del 28.9 0[0 (1 Ipara: a 2.4 plurip.). Pinard (28) su 3301 presentazioni di podice, ne osservò 1347 in primipare e 1954 in pluripare, il che equivale al rapporto di 1 : 1.45. Pajot (54) su 364 presentazioni pelviche, comprendendovi le gravidanze semplici e le gemellari, ne riscontrò 158 in Ipare e 214 in pluripare, nella proporzione cioè di 1 Ipara a 1.35 plurip.; Guéniot (40), nella sua pratica privata di 12 anni, avrebbe notato su 800 gravide 27 donne con parto pel podice, delle quali 11 primipare e 16 pluripare (1 : 1.45). Porak (55) su 6071 parti trovò 108 presentazioni di podice in cui il feto era vivo al momento del travaglio: di queste 45 appartengono a Ipare, 63 a multipare (1 : 1.40). Tutte queste cifre si accordano esattamente nel senso di stabilire tra le primipare e le pluripare che partoriscono pel podice un rapporto medio di 1 : 1.40. Questo rapporto si abbasserebbe sensibilmente, anzi diventerebbe inverso, stando ai risultati del Mangiagalli (2), il quale avrebbe trovato 66 presentazioni di podice in 61 donne (5 gravide gemellari), di cui 32 Ipare e 29 pluripare (1 : 0.90). Inverardi (10) invece su 301 parti podalici semplici trova un numero di primipare che stanno alle pluripare come 1 : 25, risultato veramente eccezionale e che non trova confronto con nessuna delle statistiche fino ad oggi conosciute.

I 349 casi di parto podalico semplice da me raccolti nella Clinica di Pavia, si riferiscono a 155 Ipare e a 191 pluripare: in 3 donne, per cause speciali, non si potè accertare se e quante gravidanze antecedenti avessero avute. Queste cifre darebbero il rapporto di 1 Ipara a 1.23 pluripare, che si avvicina moltissimo a quelli sopra riferiti.

Il voler desumere da questi risultati che la pluriparità sia condizione favorevole per la presentazione di podice, solo perchè generalmente essa si riscontra in un numero di pluripare superiore a quello delle Ipare, non è, secondo me, una giusta interpretazione del fatto.

Le multipare, qualunque sia la presentazione che si consideri, sono sempre più numerose delle Ipare: basta ricordare le statistiche delle Maternità e delle Cliniche per convincersene. Se questo nella generalità dei casi è il rapporto ordinario tra le une e le altre e se ad esso si paragona quello ricavato dai soli parti podalici, i due dati presso

a poco si equivarranno e la proporzione tra primipare e pluripare che partoriscono pel podice rientrerà quindi su per giù nei limiti normali. Con ciò non intendo assolutamente escludere una certa influenza della pluriparità sulla presentazione di podice; dico solo che ad essa si dovrebbe attribuire un valore molto più limitato.

I risultati sopra riferiti non subiscono poi alcun cambiamento se si considerano i soli parti a termine. Pinard (28), che ci offre sul riguardo la statistica più estesa che si abbia, riporta su 3301, 1593 parti podalici a termine: di questi 639 appartengono a primipare e 954 a multipare, cioè 1 : 1,49, rapporto che poco si allontana dal precedente ricavato dal complesso dei 3301 parti (1 : 1. 45).

Io ho riscontrato nelle 155 Ipare 97 volte il parto a termine e nelle 191 pluripare 102 volte; il rapporto in tal caso è di 1 : 1.05, cioè a dire un numero quasi uguale di primipare e pluripare nel parto podalico a fine di gestazione.

Le 191 pluripare sono così divise relativamente al numero delle gravidanze:

IIpare	N.	54
IIIpare	»	26
IVpare	»	25
Vpare	»	13
VIpare	»	17
VIIpare	»	12
VIIIpare	»	11
IXpare	»	13
Xpare	»	9
XIpare	»	5
XIIpare.	»	5
XIXpare	»	1
	N.	191

Da questa tabella emerge che il parto podalico si è riscontrato con maggiore frequenza nelle poco-pluripare che non nelle molto-multipare. Difatti, mettendo assieme le sole IIpare e IIIpare, esse raggiungono il numero di 80, mentre tutte le altre pluripare, complessivamente, ascendono appena a 111. Lo stesso risulta dalle statistiche di Pinard (28), Guéniot (40), Mangiagalli (2), ecc., ecc. Se poi considerassimo come fattore etiologico la pluriparità nel senso di Winckel (46), ritenendo cioè

come vere pluripare quelle che per lo meno hanno avuto 5 figli, avremmo 105 donne tra IIpare, IIIpare e IVpare e 86 delle altre.

Aggiungendo ora al numero delle IIpare e IIIpare, quello delle Ipare, la cifra è addirittura enorme. Ciò dimostra che la pluriparità non ha avuto nella Clinica di Pavia una grande influenza sull'etiologia del parto podalico; se così non fosse, piuttosto che nelle prime gravidanze, la presentazione si dovrebbe trovare più di frequente nelle ultime, perchè è nelle multipare che si riscontrano con maggior facilità tutte quelle condizioni che la favoriscono.

La presentazione podalica nelle pluripare è legata alla mobilità che gode il feto entro l'utero reso più lasso dalle gravidanze precedenti e non più sostenuto dalle pareti addominali rilasciate. Questa mobilità del feto implica un ritardo nel suo impegno e quindi la possibilità di un continuo cambiamento di presentazione fino al momento in cui l'utero, contraendosi, non venga a fissarlo in modo stabile. Con molta probabilità si avrà perciò una presentazione podalica ogni qual volta, accidentalmente, il podice trovasi in basso all'inizio del travaglio. Questi cambiamenti di presentazione che sono così frequenti nelle multipare, si riscontrano di raro nelle Ipare e ciò tanto più quanto più ci avviciniamo al termine della gravidanza. Pinard (28) su 200 donne esaminate da 2 a 6 volte lungo il 9.° mese, constatò in 12 di esse dei cambiamenti di presentazione: di queste 11 erano multipare, 1 sola Ipara.

Tale fatto non è in disaccordo con l'osservazione di un gran numero di parti podalici nelle Ipare e nelle poco-pluripare. Il feto, sin tanto che non ha raggiunto un discreto sviluppo, si muove liberamente nella cavità utero-amniotica: nelle Ipare capita facilmente che esso venga sorpreso in questi movimenti proprio quando il suo volume è accresciuto e che resti fissato in un dato modo perchè la tonicità dell'utero ve l'obbliga.

Quello che avviene nelle pluripare negli ultimi tempi della gravidanza avviene quindi nelle Ipare lungo il 7.° e l'8.° mese, con la differenza che nelle prime, se il feto si è situato con l'ovoide podalico in basso, questa situazione con molta probabilità può cambiare, mentre nelle altre il feto rimarrà quasi sempre immobilizzato. Si capisce quindi come, a parità di condizioni, il parto pel podice possa anche essere più frequente nelle Ipare e poco-multipare prese assieme.

Età. — Relativamente all' età, le donne che presentarono la gravidanza podalica semplice sono così divise:

Età	Primipare	Pluripare		
Prima dei 20 anni	54	7	7 IIpare	Sono escluse le tre donne di cui non si sa il numero delle gravidanze.
Dai 20 ai 25 »	58	33	33 IIpare	
» 25 ai 30 »	32	66	14 IIpare 26 IIIpare	
» 30 ai 35 »	6	41	25 IVpare	
» 35 in poi	5	44	1 Vpare	
	155	191		

Questi dati si collegano con quanto sopra è stato detto. Su 155 Ipare 140 non oltrepassano i 30 anni e 11 soltanto sono attempate.

L'età media delle Ipare che presentarono un feto pel podice si aggira attorno ai 22 anni. Nelle pluripare il maggior numero de' parti podalici si avvera dai 25 ai 30 anni e circa la metà di tutti i casi si osservano nelle Ipare e nelle pluripare giovani.

Questi fatti dimostrano come non vi sia sempre il bisogno di un utero discretamente floscio acciocchè abbia luogo la presentazione dell'ovoide pelvico.

(Continua).

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE
diretto dal Prof. E. Pestalozza

Contributo allo studio dell'infarto bianco della superficie fetale della placenta

PEL
Dott. GIUSEPPE GUICCIARDI
Assistente volontario.

La frequenza, anzi quasi la costanza, con cui si incontrano sulla superficie fetale della placenta delle zone biancastre, o bianco giallastre, di varia forma ed estensione, ora limitate, ora diffuse, ora disseminate in varii punti, ora riunite a striscie o a larghe chiazze, mi ha spinto a ricercare quale ne fosse l'origine, e quale il significato. Nel far ciò io intendo far astrazione dalle alterazioni di struttura determinate da processi morbosi nel tessuto placentare propriamente detto, alterazioni che per la massima parte assumono la forma qualificata genericamete dagli autori col nome di « infarto bianco; » e voglio limitarmi a parlare delle zone biancastre riscontrate immediatamente sotto il rivestimento amniotico della placenta, non senza far notare che anche ad esse fu da diversi autori assegnata la stessa qualifica di « infarto bianco. »

Sfogliando la bibliografia che si riferisce alle lesioni placentari, si nota come per molto tempo non si sia stabilita una netta divisione tra gli infarti della superficie materna e quelli della superficie fetale, attribuendo anche a quest'ultimi un carattere di morbosità che per la loro frequenza e per la loro genesi difficilmente si può ammettere.

Già Kölliker (1), Virchow (2) e Klebs (3), avevano notato la presenza di nodi biancastri sulla superficie placentare e Fabbri descrisse l'infarto nella sua forma marginata, la più rara.

Più tardi Mayer (4) localizza il processo sulla caduca serotina e nei prolungamenti che questa manda tra i cotiledoni e i villi e ne fa originare uno speciale tessuto di granulazione che determinerebbe la necrosi da coagulazione dei villi. Küstner (5) vi fa partecipare le cel-

lule deciduali ed ammette come principal fattore l'alterazione dei vasi villosi. Favre (6) alla decidua e settideciduali aggiunge una speciale trasformazione dell' epitelio del corion.

Steffeck (7), dà ancora alla decidua la maggior importanza.

Cioja (8) studia pure la compartecipazione delle cellule deciduali a questi infarti, ed invoca per taluni di essi una alterazione vasale peri-endoarterite).

In questi ultimi anni si approfondirono gli studii e le ricerche su questa forma di infarto, specialmente dopo che fu chiarita nei suoi dettagli l'istologia del villo placentare e la genesi embriologica del suo epitelio, per opera di illustri ricercatori.

A capo di questa schiera si può mettere il Langhans (9). Egli ha descritto in questi casi come la parte più importante una speciale deposizione di fibrina, basandosi su un caso descritto da Winckler e Kölliker in cui sulla faccia placentare del corion si trovava una deposizione di fibrina che circondava il margine placentare con un'estensione continua e con una grossezza che variava da pochi centesimi di millimetri ad alcuni millimetri e più.

E il Langhans dà a questa fibrina in cui si ha uno speciale e assai sviluppato sistema di canali, il nome di fibrina canalizzata. Come origine la fa derivare da trasformazione delle grandi cellule dello strato interno dell'epitelio del villo, e dal sangue che circola negli spazii intervillosi. Il nodo d' infarto sarebbe formato « di fibrina, di tessuto placentare e di tessuto connettivo. »

Nello strato di fibrina o non si riconoscono i villi, o questi sono da essa uniformemente circondati, di modo che si hanno infarti che constano di sola fibrina ed altri di fibrina e di villi. La fibrina tanto tra i villi come in accumuli solidi si presenta in due forme: o come una corda più o meno grossa: o come sostanza compatta più omogenea attraversata da canali.

La fibrina dell'infarto si distingue appena dalla sostanza reticolata dagli essudati fibrinosi normali. Le sue maglie sono molto piccole e le trabecole della rete, di una sottigliezza estrema. Nelle maglie esistono numerose cellule, corpuscoli rossi e bianchi e granuli di ematoidina.

Questa forma reticolare passa profondamente in un tessuto compatto di apparenza omogenea.

La fibrina ora appare in grosse striscie, contorta a gobbe, ora più

in forma di lamelle parallele, divise da spazi vuoti o unite da un sottile reticolo.

Il Langhans ha specialmente descritto i canali, i solchi e le lamine di questa fibrina jalina. Essi sono costanti e si trovano o in forma di filamenti sottili anastomosati, o meglio in forma di brevi, irregolari fessure che, come cavità parallele, stanno interposte alle lamelle stratificate. In queste fessure si contengono frammenti di cellule, nuclei e nucleoli, per cui il Langhans crede che l'origine dei canali e della fibrina canalizzata sia la trasformazione di quelle cellule dello strato interno dell'epitelio coriale che da lui prende il nome. — Altri però, quali Mayer e Reklinghausen spiegano la genesi di questi canali con la semplice pressione meccanica.

Secondo il Langhans la morbosità dell'infarto non si deve dunque attribuire alla presenza di fibrina, ma al suo accumulo dove dovrebbe essere in sottili strati.

Ben diverse sono le idee che Ackermann (10) estrinseca in un suo recente lavoro. Per lui l'infarto è una modificazione che avviene nel tessuto placentare, in forma di focolai limitati, differenti per forma, colore, compattezza e dimensioni.

Per la forma può essere a cuneo, sferico, appiattito e raggiato con nucleo centrale. Per il colorito bianco-sporco, giallognolo e, nei primi stadii, rosso pallido. La consistenza dapprima molliccia va aumentando sino ad essere fibrosa. L'estensione varia da una lente ad una noce ed anche più: talora si estende a guisa di corda lungo il bordo placentare, con un' estensione di parecchi centimetri.

Per lui la fibrina degli infarti placentari è del tutto simile alla jalina: e si presenta in forma reticolata od omogenea. Si gonfia con acido acetico, si colora bene col carminio ammoniacale e coll'eosina, meno coll'ematossilina e quasi affatto col violetto di genziana. Nella fibrina si trovano corpuscoli rossi in ammassi o dispersi, conservati o degenerati e granuli di ematoidina.

Negli spazi interfibrillosi si trovano granuli e corpuscoli multiformi; entro i depositi fibrinosi, grandi elementi cellulari rotondi o allungati, meno di rado polinucleati. Queste cellule sono disperse, più spesso riunite in accumuli; hanno nucleo facilmente colorabile, protoplasma chiaro ben limitato e sono cellule deciduali. Infine si notano aree di degenerazione grassa e di deposizione di sali calcarei.

Oltre la fibrina si hanno villi degenerati in cui il lume vasale di regola è obliterato: i nuclei connettivali dello stroma assumono aspetto granuloso e friabile e tutto il villo si muta in una sostanza jalina, omogenea, traversata da fibrille irregolari. L'epitelio perde i nuclei ed assume protoplasma omogeneo, splendente, finamente granulare. Quando la degenerazione granulare è compita, in seguito al riassorbimento di questo detrito e al formarsi di un connettivo giovane, si formano cisti che possono restare piccole o occupare il posto d'un intero infarto. Terzo elemento è un connettivo neoformato attorno ai vasi, talora solo intorno ad un'arteria, più spesso circondante un' arteria ed una vena. Questi anelli constano di una parte omogenea e di una fibrosa connettivale con numerosi nuclei fusiformi. Il lume vasale ora è beante, più spesso è chiuso o per coagulazione intravascolare della fibrina o per proliferazione dell' intima.

Sulla natura di questi infarti, dice l'Ackermann, non si può nutrire alcun dubbio. Essi appartengono alla categoria delle modificazioni dette da Weigert « necrosi da coagulazione » e sono molto vicini agli infarti da Litten descritti sotto il nome di « bianchi. »

Primitiva sarebbe la periarterite fibrosa multipla che portando anemia e necrosi da coagulazione nel distretto nutrito dal vaso, spiega le modificazioni subìte dai villi e dal loro epitelio in gran parte referibili ad un processo di degenerazione jalina. Per spiegare la coagulazione della fibrina che succede tra i villi, l'A. dice si potrebbe pensare a prodotti di essudazione, sempre per analogia a quel che Litten descrive negli infarti bianchi renali.

Per spiegare l'enorme quantità di fibrina coagulata, superiore a quella che può fornire il sangue circolante nei vasi del villo, l'A. ricorre alla necrosi dell'epitelio del villo, e dice che la massa coagulata può aver origine dal plasma del sangue che si trova negli spazi intervillosi.

Secondo l'A. non esiste rapporto fra l'infarto bianco e i così detti focolai apoplettici od emorragici della placenta.

Così pure non esiste rapporto fra infarto e sifilide e neppure fra esso e vita o sviluppo del feto. Solo quando i focolai sono straordinariamente grandi e numerosi possono, come egli stesso osservò in un caso, cagionarne la morte.

L'Ehrendorfer (11) recentemente in un suo lavoro sulle cisti della

superficie fetale, fa notare come esse siano frequentemente unite allo infarto bianco e cerca di spiegarne l'origine e la struttura.

Egli ammette che il corion nella sua parete che guarda la superficie uterina, sia fornito di un involucro epiteliale, « *Epichorion*, » che in alcuni punti sembra fatto come a strati e più tardi degenera in un tessuto adiposo. L'epitelio del villo è pure formato da una membrana di protoplasma con molti nuclei ben distinti: fra esso e il tessuto connettivo di sostegno del villo si trova il cosidetto « strato cellulare. » Questo, secondo Langhans, nei mesi più avanzati della gravidanza, subirebbe un rammollimento gelatinoso, rare volte una vera liquefazione.

Il Langhans poi ammette che lo strato cellulare sia dapprincipio intimamente riunito all'epitelio, così da formare un *epitelio a doppio strato.*

Più tardi il vero epitelio si lascia staccare facilmente, mentre la sostanza intercellulare dello strato cellulare si unisce intimamente al tessuto di sostegno del corion. Lo strato epiteliale vero e proprio non ha cellule ben delimitate e possiede nuclei in numero molto maggiore.

Lo strato cellulare invece possiede cellule ben delimitate che in sezione si presentano pentagonali od esagonali con protoplasma chiaro, risplendente, nuclei grandi sferici e granulati.

Per la loro forma convessa aderiscono perfettamente con certe cavità corrispondenti della membrana basale confinando col tessuto di sostegno del corion, donde il decorso ondulato dell'epitelio. Questo tessuto cellulare molto simile al tessuto deciduale, deriva secondo l'A. dal tessuto di legamento del corion ed è d'origine fetale, per quanto l'unione sua con l'epitelio sembri accennare ad una connessione genetica con questo. Kastschenko pure afferma, che lo strato cellulare e l'epiteliale del corion stanno in stretto rapporto genetico fra loro e son d'origine fetale.

Steffek invece crede che questo strato cellulare non sia altro che tessuto deciduale colà immigrato.

Phenomenow studiando la parete interna della cisti conclude che essa è formata da uno strato di cellule, le quali per forma, disposizione e reazione chimica appartengono al tessuto epiteliale.

Ehrendorfer, fondandosi sui lavori ora accennati e su ricerche proprie, nota la frequenza con cui si trovano gli infarti bianchi della superficie fetale e le cisti subcoriali in intimo rapporto, tanto che

spesso l'infarto serve di base alla cisti. Ammette una comune origine della cisti e dell'infarto in parte dallo strato cellulare del corion e in parte dal tessuto deciduale. Spiega la formazione delle cisti rilevando il suo nesso intimo coi nodi di fibrina sulla superficie fetale, dicendo che quando la parte sierosa segregata predomina sulla fibrinosa, lo strato di tessuto di sostegno del corion viene sollevato e forma una vescica, dimodochè la cisti in certo qualmodo non sarebbe che la parte più liquida del nodo fibrinoso.

Le cisti non perturbano la circolazione; e non si può supporre si formino dalla vescicola ombellicale, perchè si presentano contemporaneamente multiple e perchè quella giace fra amnios e corion.

Riassume il suo lavoro dicendo:

1.° Le cisti subcoriali dello strato cellulare sono relativamente frequenti; per lo più di estensione poco considerevole. Hanno a principio un contenuto gelatinoso giallognolo, più tardi, più sieroso, mucilaginoso, sempre torbido. Esse sono sempre rivestite su la parete interna da cellule epiteliali appartenenti allo strato cellulare del corion.

2.° Le cisti subcoriali dello strato cellulare unite agli infarti bianchi non sono rare e possono raggiungere dimensioni ragguardevoli. Sono piene di un liquido torbido, fioccoso, simile all'acqua di colla; son fornite di un rivestimento di cellule epiteliali simile a quelle dello strato cellulare del corion. Alla loro base, che di solito non comprende che una parte dell'infarto, si trova uno strato di tessuto deciduale colpito da degenerazione fibrinosa; questo strato ha varia altezza, può esser imbevuto per diffusione sanguigna, o anche solamente colorato dalla materia colorante del sangue.

Falaschi (12), trovò in una placenta quattordici vescicole di differente grandezza, formate dal corion sollevato, in cui si conteneva un liquido limpido o leggermente citrino che riconobbe essere albumina. Nel liquido trovò leucociti e corpuscoli rossi, più un detrito giallognolo formato da fibrina e granulazioni grassose. Alla periferia della placenta trovò un ispessimento bianco-grigiastro che riconobbe essere formato da t. connettivo e fibroso.

Viti esaminò istologicamente dei frammenti di t. placentare ispessito e di cisti, e dopo aver notato che la forma cistica è solo apparente e più giusta sarebbe la denominazione di pseudo-cisti, conclude:

a) Ispessimenti placentari e sostituzione al tessuto placentare di

un t. connettivo. A piccolo ingrandimento si vedono aree più o meno estese circoscritte da una sostanza granulo-filamentosa poco colorata, con qualche elemento piccolo rotondo. Le aree circoscritte sono sezioni di villi ingrossati e trasformati; lo stroma del villo è aumentato e trasformato in t. fibroso compatto con elementi cellulari affusati; però non in tutti i villi ha acquistato i caratteri di t. fibroso.

Tra i villi una sostanza amorfa (fibrina granulo-filamentosa) nelle cui maglie si vedono leucociti, c. epiteliali o formative, ma non globuli rossi.

Essa ricorda un antico coagulo in cui la parte globulare e colorante del sangue è scomparsa, ed accenna ad un' organizzazione incipiente.

Alla periferia di uno degli spazi connettivi ha trovato piccole c. rotonde simili a quelle del t. germinativo, ed elementi grossi, irregolari, con prolungamenti e nucleo vescicolare, indubbiamente fibroplasti. Il rivestimento epiteliale del villo non è apparente. I vasi mostrano parete ispessita a lume obliterato.

Quindi iperplasia connettivale del tessuto placentare e consecutivo indurimento fibroso dei villi, con perdita dello strato epiteliale. La massa fibrinosa tra i villi non è d'origine recente e rappresenta l'obliterazione trombotica di questi spazii.

La causa dell' iperplasia connettivale dei villi non è certo la più frequente: si crede sia la sifilide, ma non la sola.

b) Pseudocisti: il corion è sollevato dal tessuto placentare che sul fondo della cisti è tappezzato da uno strato assai spesso di elementi cellulari rotondeggianti, irregolari con sostanza intermedia reticolata.

Questo strato è in connessione coi villi sottostanti, il cui connettivo è iperplasico, e vi ravvisa (nello strato cellulare) i caratteri del t. di granulazione che tende ad organizzarsi per la comparsa di c. fibroplastiche, rappresentate da quelle grandi c. a grosso nucleo. Sotto il corion si è dunque ordito un processo infiammatorio analogo a quello che conduce agli ispessimenti fibrosi sopra descritti; differenti solo per grado di evoluzione.

Il liquido cistico sarebbe l'effetto di un essudato o anche d'un semplice trasudato che, a sua volta, proverrebbe dal processo lento che condusse all'iperplasia del connettivo del villo e alla formazione degli ispessimenti fibrosi.

Pestalozza (13) in un recentissimo lavoro « Sul significato patologico degli elementi coriali e sul così detto sarcoma deciduo cellulare, » appoggia specialmente l'origine dell'infarto dello strato cellulare e dice:

« L'aspetto che i villi coriali assumono in certe placente anche se in apparenza normali, può esser considerato come se dovuto ad un esagerato sviluppo dallo strato epiteliale profondo, e questo col suo esuberante sviluppo perturba la struttura normale del villo che appare in corrispondenza privo di vasi, con stroma atrofico.

« In pari tempo va alterato anche lo strato epiteliale esterno o plasmodiale, che invece di trovarsi rappresentato da una serie regolare di nuclei distribuiti in un protoplasma uniforme, non è più rappresentato che da masse protoplasmatiche.

« Oggidì è messo in sodo che lo strato cellulare del Langhans è un costituente fisiologico del villo. Accade di rado di poterlo mettere in evidenza a termine di gravidanza. Infatti esso ha per carattere una tendenza marcatissima alla disgregazione dei suoi elementi e alla scomparsa totale o parziale. Qualche volta però anche nella placenta a termine, riesce di agevole dimostrazione. La tendenza alla disgregazione dei suoi elementi in una massa amorfa che conserva qua e là qualche detrito nucleare è pure fatto dimostrato. Ne risulta quella sostanza facilmente colorabile dai reattivi e sparsa in tanta copia nella placenta, cui fu dato il nome di fibrina canalizzata. Qualche volta la disgregazione non dà luogo ad un residuo solido amorfo, ma ad una sostanza liquida che può venir riassorbita o può raccogliersi in quantità discreta formando delle piccole raccolte cistiche. Si trovano allora voluminose raccolte subcoriali con contenuto ora citrino ora rossastro, le cui pareti risultano costituite da un accumulo di cellule epiteliali delle quali, mediante sezioni in serie, si potè constatare la continuità ed identità con le cellule dello strato del Langhans.

« Tale osservazione mi permetteva già dal 1892 di avanzare l'opinione che le così dette cisti della placenta, potessero derivare da una trasformazione o fusione dello strato cellulare del corion, cresciuto ad insolito sviluppo. Questa opinione fu confermata da Ehrendorfer che chiama in causa nella produzione delle cisti subcoriali anche il tessuto deciduale.

« Il Viti vide nella cisti il passaggio dal contenuto liquido alla sostanza fibrinosa e da questa ad elementi grossi, irregolari, con

grosso nucleo vescicolare. Anzichè vere produzioni patologiche si dovrebbero queste cisti ritenere per semplici anomalie, dovute alla persistenza abnorme dello strato ectodermico del corion che normalmente è destinato a scomparire negli ultimi mesi di gravidanza.

« Ma non solo nelle cisti della placenta si rileva l'intervento di questo strato cellulare del corion, ma anche in buon numero dei così detti infarti bianchi della superficie fetale della placenta. Chi pone mente al fatto dell'associazione quasi costante di estesi infarti nei casi di cisti placentari è già portato ad ammettere un nesso d'origine fra i due fatti: nesso che appare assai più evidente quando si esamini alla periferia o in vicinanza ad un villo una di queste masse biancastre o fibrinose. Là non manca mai il reperto di qualche elemento più o meno alterato, spesso con più nuclei o con nucleo gigantesco, vescicolare, che segna nella facile tingibilità del suo protoplasma, un primo grado di quella degenerazione che porterà poi alla distruzione dell'elemento stesso e alla formazione di una massa amorfa, la così detta fibrina canalizzata. Ora, se un villo compreso in uno di questi infarti, e spesso affatto privo di vasi, e con stroma stipato per probabile compressione, viene seguito mediante sezioni in serie nel suo andamento, si arriva ad una zona in cui le cellule vanno gradatamente ricomparendo attorno allo stroma, e più in là in un punto in cui il villo riprende il suo aspetto normale e appare circondato come di norma da uno strato plasmodiale, esterno allo strato cellulare....

Ne trassi la conclusione che cisti placentari ed infarti bianchi della superficie fetale ritraggano in gran parte una comune origine dallo strato cellulare dell'epitelio coriale. »

Ben lungi dalla pretesa di aver riunito nei brevi cenni precedenti tutto ciò che la ricchissima letteratura sull'argomento mette a nostra disposizione nella tesi che ho preso a trattare, preferisco, per ragioni di brevità, alle sommarie notizie bibliografiche far seguire immediatamente la relazione degli studî che come argomento di dissertazione di Laurea ho potuto compiere, prendendo in esame 200 placente raccolte senza esclusione di casi, in un periodo di osservazione continuata pei primi mesi del 1896 nella Clinica ostetrica di Firenze. Le seguenti tabelle riassumono le note macroscopiche delle singole placente, con riguardo specialmente alla esistenza e forma eventuale dei così detti infarti tanto alla superficie materna che alla superficie fetale della placenta.

Tavole delle placente esaminate.

Num. progr.	Diametri	Lungh. funicolo	Inserzione del funicolo	Superficie materna	Superficie fetale
1	13 × 15	46	Eccentrica.	Nulla di notevole.	Due grosse cisti a contenuto sanguigno. Infarto marginale. Parto provocato al 7.° mese per nefrite.
2	14 × 15	48	Marginale.	Grumi di sangue. Infarto verso il margine.	Grossa cisti ed altre minori a contenuto sieroso. Infarto marginale con raggi verso il centro.
3	11 × 16	51	Centrale.	Nulla di notevole.	Due nodi d'infarto presso l'inserzione del funicolo.
4	17 × 18	49	Eccentrica.	Nulla di notevole.	Piccola cisti. Larga striscia d'infarto marginale.
5	16 × 18	50	Eccentrica.	Grumi di sangue.	Numerosi infarti disseminati. Cercine continuo lungo il margine placentare.
6	15 × 18	52	Eccentrica.	Piccolo infarto.	Placenta circumvallata per zona continua d'infarto. Piccoli infarti disseminati.
7	15 × 17	48	Centrale.	Nulla di notevole.	Placenta circumvallata. Infarti disseminati.
8	16 × 17	49	Centrale.	Nulla.	Infarti bianchi disseminati.
9	18 × 24	50	Sul lobo maggiore.	Piccolo infarto.	Numerosi infarti migliarici.
10	16 × 17	51	Liev. eccentrica.	Nulla.	Isole d'infarto e striscia continua per 11 cm.
11	17 × 18	49	Eccentrica.	Nulla.	Numerosi infarti lungo il bordo placentare.
12	14 × 16	50	Liev. eccentrica.	Nulla.	Sette od otto nodi d'infarto assai profondi.
13	15 × 16	57	Centrale.	Nulla.	Placenta circumvallata, con raggi verso l'interno.
14	16 × 18	51	Eccentrica.	Nulla.	Leggera striscia marginale. Isole nel centro.
15	15 × 22	49	Eccentrica.	Nulla.	Isole marginali confluenti per lungo tratto.
16	12 × 16	54	Centrale.	Nulla.	Isole lungo il margine; alcune verso il centro.
17	18 × 19	52	Centrale.	Nulla.	Infarti migliarici confluenti verso il margine.
18	14 × 16	48	Centrale.	Nulla.	Piccoli infarti disseminati.
19	13 × 14	—	Eccentrica.	Nulla.	Nessun infarto. Aborto al 6.° mese.
20	17 × 18	51	Liev. eccentrica.	Cotiledoni pallidi.	Numerosi infarti quasi migliarici. Gravidanza complicata da fibroma dell'utero.

Num. progr.	Diametri	Lungh. funicolo	Inserzione del funicolo	Superficie materna	Superficie fetale
21	17 × 19	47	Centrale.	Nulla.	Isole sul margine e sulla superficie placentare.
22	16 × 21	49	Eccentrica.	Nulla.	Zona marginale non continua. Isole disseminate.
23	18 × 16	53	Centrale.	Nulla.	Nodi disseminati, numerosi lungo il margine.
24	16 × 22	52	Centrale.	Nulla.	Qualche infarto disseminato.
25	17 × 17	49	Centrale.	Nulla.	Striscie che dall'inserzione del funicolo si spingono verso la periferia dividendo la superficie in tre settori.
26	14 × 18	47	Eccentrica.	Nulla.	Qualche piccolo infarto dissenato.
27	13 × 14	46	Centrale.	Nulla.	Rari infarti disseminati. Striscia marginale non continua.
28	18 × 19	50	Eccentrica.	Nulla.	Qualche infarto disseminato lungo il margine.
29	15 × 18	49	Liev. eccentrica.	Nulla.	Infarti piccoli disseminati. Grosso nodo marginale.
30	17 × 19	53	Eccentrica.	Nulla	Infarti migliarici. Zona triangolare lungo il margine.
31	18 × 21	49	Centrale.	Nulla.	Striscia non continua. Pochi nodi ed infarti migliarici.
32	16 × 20	51	Centrale.	Nulla.	Striscia continua che divide la placenta in due lobi. Sul lobo maggiore, un'isola di infarto.
33	16 × 22	55	Eccentrica.	Nulla.	Due isole d'infarto non molto grandi.
34	16 × 16	53	Eccentrica.	Grumi di sangue.	Cercine continuo due cm. all'indentro dal margine. Nodi disseminati. Donna sifilitica.
35	14 × 16	48	Quasi marginale.	Nulla.	Striscia marginale continua. Nodi disseminati.
36	16 × 20	44	Eccentrica.	Nulla.	Qualche piccolo infarto poco manifesto.
37	20 × 21	50	Centrale.	Nulla.	Infarti disseminati confluenti verso il margine.
38	19 × 19	49	Centrale.	Nulla.	Infarti di varia grandezza disseminati.
39	15 × 16	47	Quasi marginale.	Nulla.	Alcuni infarti, piccoli, disseminati.
40	19 × 20	50	Marginale, velamentosa.	Nulla.	Infarti disseminati, confluenti verso il margine.
41	18 × 18	49	Eccentrica.	Nulla.	Infarti disseminati. Isola marginale.
42	17 × 18	48	Eccentrica.	Nulla	Striscia marginale continua. Isole disseminate.

Num. progr.	Diametri	Lungh. funicolo	Inserzione del funicolo	Superficie materna	Superficie fetale
43	17 × 18	54	Eccentrica.	Nulla.	Numerose isole disseminate. Striscia marginale non continua.
44	15 × 16	46	Eccentrica.	Nulla.	Placenta circumvallata con ripiegatura dell'amnios e corion alta 1 cm. Isole disseminate.
45	17 × 19	49	Eccentrica.	Nulla.	Grosse isole marginali. Infarti migliarici disseminati.
46	—	—	—	Grumi sanguigni.	Infarti migliarici confluenti verso il margine. Placenta d'aborto al 3.° mese per metrite.
47	15 × 18	55	Eccentrica.	Nulla.	Infarti migliarici disseminati lungo il margine.
48	14 × 16	49	Eccentrica.	Nulla.	Striscia marginale. Infarti migliarici disseminati.
49	18 × 18	43	Eccentrica.	Cotiledoni pallidi e flaccidi.	Zona marginale. Infarti migliarici.
50	16 × 22	38	Centrale.	Nulla.	Numerose isole disseminate, confluenti verso il margine.
51	14 × 14	47	Centrale.	Nulla.	Piccoli tratti marginali. Infarti migliarici.
52	17 × 20	52	Eccentrica.	Cotiledoni pallidi e molli.	Due nodi su la superficie fetale. Striscia marginale poco appariscente.
53	17 × 19	49	Centrale.	Nulla.	Isole marginali. Infarti migliarici disseminati.
54	17 × 19	48	Centrale.	—	Striscia marginale. Isole grosse disseminate.
55	15 × 16	52	Eccentrica.	Nulla.	Tre isole presso l'inserzione del funicolo. Striscia non continua all'indentro del margine. Grossi nodi marginali.
56	17 × 21	51	Centrale.	Nulla.	Numerose isole disseminate. Sinfisiotomia per viziatura pelvica.
57	13 × 18	46	Eccentrica.	Nulla.	Striscia marginale poco appariscente. Inf. migliarici.
58	17 × 19	54	Eccentrica.	Nulla.	Striscia marginale. Grossi nodi disseminati.
59	15 × 17	58	Eccentrica.	Cotiledoni pallidi.	Striscia marginale. Nodi disseminati.
60	14 × 16	49	Centrale.	Nulla.	Tre grossi nodi e infarti migliarici disseminati.
61	13 × 13	30	Centrale.	Una metà più spessa dell'altra; nel centro cotiledoni giallastri, duri.	Due nodi d'infarto bianco. Gravidanza interrotta all'8.° mese per placenta previa e concomitante nefrite.

Num. progr.	Diametri	Lungh. funicolo	Inserzione del funicolo	Superficie materna	Superficie fetale
62	—	—	—	Nulla.	Placenta d'aborto al 6.° mese. Piccoli nodi disseminati.
63	15 × 18	38	Eccentrica.	Nulla.	Placenta marginata. Striscia rilevata tre cm. all'indentro del margine. Grosso nodo. Infarti disseminati.
64	12 × 15	34	Eccentrica.	Nulla.	Leggera striscia. Infarti migliarici disseminati.
65	16 × 21	59	Sul lobo maggiore.	Nulla.	Tre nodi. Infarti migliarici. Placenta succenturiata.
66	16 × 14	37	Eccentrica.	Nulla.	Striscia marginale. Grosse isole prominenti.
67	16 × 19	68	In un solco profondo.	Nulla.	Grosse isole. Infarti migliarici disseminati.
68	17 × 19	46	Centrale.	Nodo fibroso marginale.	Nodi disseminati. Striscia all'indentro del margine.
69	15 × 18	51	Centrale.	Nulla.	Grosso nodo marginale. Nodi disseminati
70	17 × 18	40	Centrale.	Grossi nodi periferici.	Nodi marginali profondi sino alla superficie materna. Infarti migliarici. Parto provocato al 7.° mese per nefrite.
71	18 × 18	41	Centrale.	Nulla.	Numerose isole. Infarti migliarici. Cisti sierosa.
72	16 × 17	45	Centrale.	Nulla.	Numerosi nodi. Striscia marginale continua.
73	15 × 17	43	Eccentrica.	Cotiledoni pallidi.	Un grosso nodo ed uno piccolo centrali.
74	14 × 17	50	Centrale.	Nulla.	Quattro nodi. Infarti migliarici disseminati
75	16 × 26	35 46	Eccentrica.	Nodi d'infarto di 2 cm. quadrati.	Parecchi nodi. Ispessimento del corion nel setto divisorio delle due placente. Gravidanza gemellare bicorion. Donna nefritica. Parto a termine.
76	15 × 16	31	Eccentrica.	Nulla.	Tre nodi assai profondi.
77	16 × 17	64	Centrale.	Nulla.	Nodi centrali disseminati. Numerose isole marginali.
78	17 × 19	48	Centrale.	Nulla.	Infarti disseminati. Cercine marginale non continuo.
79	16 × 16	42	Centrale.	Nulla.	Infarti migliarici confluenti verso il margine.
80	14 × 20	46	Centrale.	Nulla.	Rari infarti migliarici.
81	16 × 20	41	Centrale.	Nulla.	Nodi disseminati.
82	18 × 19	39	Eccentrica.	Nulla.	Infarti disseminati piuttosto profondi.

Num. progr.	Diametri	Lungh. funicolo	Inserzione del funicolo	Superficie materna	Superficie fetale
83	14 × 17	—	Eccentrica.	Nodo quasi marginale.	Nodi disseminati. Donna sifilitica.
84	13 × 18	51	Centrale.	Nulla.	Grosso nodo centrale; altri piccoli disseminati.
85	16 × 20	42	Centrale.	Nulla.	Infarti migliarici confluenti verso il margine.
86	15 × 18	58	Centrale.	Cotiledoni pallidi e flaccidi.	Chiazze bianche sulla superficie placentare: nodi marginati. Gravidanza al 7.° mese. Donna sifilitica. Feto macerato.
87	18 × 19	47	Eccentrica.	Nulla.	Tre grossi nodi. Infarti migliarici disseminati.
88	16 × 18	42	Eccentrica.	Nulla.	Grosso nodo centrale di centimetri 2 × 5.
89	16 × 17	41	Eccentrica.	Nulla.	Infarti migliarici disseminati. Striscia marginale.
90	17 × 20	53	Eccentrica.	Nulla.	Due grossi nodi ed altri piccoli di colorito rossastro.
91	17 × 19	40	Eccentrica.	Nodo centrale assai duro.	Infarti migliarici. Craniotomia.
92	15 × 19	49	Centrale.	Nulla.	Grosse isole. Zona periferica non continua.
93	18 × 18	51	Centrale.	Nulla.	Grosse isole, quali rossastre, quali gialliccie.
94	17 × 18	46	Eccentrica.	Nulla.	Due nodi centrali. Altri piccoli marginali.
95	18 × 20	47	Centrale.	Nulla.	Due nodi. Infarti migliarici confluenti sul margine,
96	16 × 17	52	Centrale.	Nulla.	Grossi nodi centrali.
97	13 × 15	41	Eccentrica.	Grumi sanguigni di data antica.	Parecchi infarti, piccoli di color roseo. Gravidanza interrotta al 6.° mese per placenta previa laterale.
98	18 × 20	47	Centrale.	Nulla.	Grosse isole disseminate.
99	17 × 20	49	Centrale.	Nulla.	Grosse isole confluenti verso il margine.
100	18 × 20	59	Eccentrica.	Nulla.	Numerose isole rosee centrali. Peso del feto 4300 gr.
101	16 × 19	49	Centrale.	Nulla.	Tre nodi centrali. Grossa striscia lunga metà del margine. Emorragia avanti, durante e dopo il parto.
102	18 × 18	34	Eccentrica.	Nulla.	Piccole isole disseminate.
103	18 × 20	58	Eccentrica.	Nulla.	Grosse e numerose isole disseminate.
104	16 × 19	69	Eccentrica.	Nulla.	Zona centrale di cm. 3 × 4. Nodi disseminati.

Num. progr.	Diametri	Lungh. funicolo	Inserzione del funicolo	Superficie materna	Superficie fetale
105	21 × 22	51	Eccentrica.	Nulla.	Parecchie isole disseminate.
106	13 × 19	42	Centrale.	Nulla.	Nodo centrale di cm. 3 × 4: altri più piccoli disseminati. Striscia continua all'indentro del margine.
107	17 × 18	47	Eccentrica.	Nulla.	Grosso nodo centrale; numerosi nodi periferici.
108	14 × 17	69	Eccentrica.	Nulla.	Isole centrali e periferiche: striscia premarginale.
109	13 × 16	54	Eccentrica.	Nulla.	Estesa zona marginale. Nodi disseminati. Tre cisti di cui una più grande e due piccole.
110	16 × 16	47	Centrale.	Nulla.	Nodi disseminati alcuni rosei altri bianchi.
111	—	—	—	Nulla.	Placenta d'aborto al 3.° mese per polmonite. Piccoli punti biancastri disseminati.
112	14 × 15	47	Marginale.	Nulla.	Grossi nodi disseminati.
113	15 × 16	78	Eccentrica.	Nulla.	Nodi centrali e marginali.
114	15 × 17	41	Centrale.	Piccolo nodo arrivante alla superf. fetale.	Grossi nodi presso l'inserzione del funicolo.
115	16 × 17	37	Centrale.	Nulla.	Nodo periferico. Infarti migliarici disseminati.
116	13 × 16	44	Marginale.	Nulla.	Isole disseminate. Striscia marginale.
117	15 × 17	47	Marginale.	Piccolo nodo assai duro.	Infarti migliarici poco appariscenti.
118	14 × 16	57	Eccentrica.	Nulla.	Due nodi di colorito assai giallastro.
119	19 × 22	52	Eccentrica.	Nulla.	Infarti sottocoriali scarsi e superficiali.
120	15 × 17	50	Eccentrica.	Nulla.	Infarti migliarici disseminati poco appariscenti.
121	13 × 16	34	Eccentrica.	Nulla.	Estesa zona presso l'inserzione del funicolo. Nodi disseminati lungo il margine.
122	14 × 18	41	Eccentrica.	Nulla.	Quattro nodi raggruppati lungo il margine.
123	16 × 17	51	Centrale.	Nulla.	Nodo centrale, profondo di cm. 4 × 5. Infarti migliarici disseminati.
124	18 × 20	53	Eccentrica.	Nulla.	Infarti migliarici poco appariscenti.
125	14 × 14	37	Marginale.	Nulla.	Isole della grandezza d'un centesimo, disseminate.
126	15 × 17	61	Eccentrica.	Nulla.	Due grossi nodi ed uno più piccolo. Lungo il margine zona assai spessa non continua.

Num. progr.	Diametri	Lungh. funicolo	Inserzione del funicolo	Superficie materna	Superficie fetale
127	17 × 18	44	Eccentrica.	Nulla.	Nodi di media grandezza, rilevati e numerosi.
128	16 × 18	46	Centrale.	Nodo d'infarto.	Nodo che si continua con quello della superficie materna Altri grossi nodi disseminati.
129	16 × 20	49	Centrale.	Nulla.	Numerose isole; zona marginale non continua. Placenta previa.
130	16 × 17	48	Centrale.	Nulla.	Qualche isola di varia grandezza senza il margine placentare.
131	16 × 18	50	Eccentrica.	Nulla.	Grosso nodo e infarti miliarici disseminati.
132	14 × 17	46	Marginale; in parte velamentosa.	Nulla.	Estesa zona d'infarto di color gialliccio e consistenza colloide. Numerose cisti posanti in parte su tessuto placentare in parte su zona d'infarto, a contenuto limpidissimo.
133	13 × 14	37	Eccentrica.	Nulla.	Zona d'infarto tinta in verde da meconio. Gravidanza interrotta al 7.° mese. Feto macerato del peso di gr. 1050.
134	14 × 16	47	Eccentrica.	Nulla.	Una zona centrale ed una marginale piuttosto profonde.
135	14 × 18	65	Eccentrica.	Nulla.	Nodi disseminati: cercine premarginale continuo. Gravidanza interrotta al principio 9.° mese.
136	15 × 18	46	Eccentrica.	Nulla.	Piccoli nodi lungo il margine. Albumina nelle orine in discreta copia.
137	16 × 20	58	Marginale.	Nulla.	Alcuni infarti ed una piccola cisti a contenuto sieroso.
138	13 × 14	45	Eccentrica.	Nulla.	Cercine periferico continuo non molto spesso.
139	15 × 16	54	Eccentrica.	Nulla.	Cercine continuo premarginale rilevato. Piccola cisti e nodi d'infarti posti in intimo contatto.
140	17 × 19	49	Eccentrica.	Nulla.	Un grosso nodo ed altri piccoli disseminati.
141	16 × 18	56	Centrale.	Nulla.	Numerosi grossi nodi e cercine continuo un po' all'indentro del margine.
142	16 × 17	48	Centrale.	Nulla.	Estesissima zona d'infarti, di colorito rosso chiaro, di consistenza minore del normale.
143	16 × 18	49	Eccentrica.	Piccolo nodo bianco.	Due nodi ed una cisti a contenuto limpidissimo, lungo il margine.

Num. progr.	Diametri	Lungh. funicolo	Inserzione del funicolo	Superficie materna	Superficie fetale
144	13 × 16	51	Eccentrica.	Nulla.	Tre grossi nodi presso l'inserzione del funicolo. Una cisti a contenuto sieroso giallastro, di consistenza gelatinosa, filante, che posa su un nodo d'infarto.
145	13 × 15	45	Centrale.	Nulla.	Due grossi nodi ed altri piccoli disseminati.
146	15 × 18	50	Marginale.	Nulla.	Piccolo nodo centrale.
147	14 × 16	46	Marginale.	Nulla.	Una sola isola, assai estesa, 2 cm. all'indentro del margine.
148	15 × 16	—	Centrale.	Due nodi assai duri.	Piccoli nodi disseminati. Feto macerato. Placenta sottile. Sifilide (?).
149	18 × 22	63	Eccentrica.	Nulla.	Una cisti assai allungata, a contenuto sieroso, che posa su larga zona d'infarti. Altri nodi estesi disseminati.
150	14 × 18	55	Centrale.	Nodo biancastro, duro.	Parecchi nodi disseminati.
151	16 × 17	51	Centrale.	Nulla.	Infarti migliarici disseminati.
152	14 — 17	49	Centrale.	Nulla.	Grossi nodi centrali. Striscia sottile, rilevata, premarginale.
153	15 × 17	52	Centrale.	Nulla.	Piccolo nodo centrale.
154	20 × 25	51	Eccentrica.	Colorito pallido.	Nodo sul lobo minore. Infarti migliarici. Placenta bilobata.
155	15 × 17	35	Eccentrica.	Nulla.	Piccoli nodi numerosi. Piega coriale premarginale.
156	13 × 16	48	Centrale.	Nulla.	Nodo centrale.
157	15 × 19	49	Centrale.	Nodo periferico.	Nodo centrale a due periferici.
158	15 × 16	55	Eccentrica.	Nulla.	Striscia marginale. Due piccole cisti: una allungata e l'altra piccola a contenuto limpidissimo.
159	13 × 15	29	Eccentrica.	Assai pallida e friabile.	Vaste zone bianco-rosee di consistenza colloide. Gravidanza interrotta al principio del 7.° mese.
160	16 × 14	71	Eccentrica.	Nulla.	Due grossi nodi marginali, profondi; piccola cisti che si continua in una piccola zona d'infarto.
161	19 × 23	63	Eccentrica.	Nulla.	Tre nodi uno centrale e due marginali piuttosto piccoli.
162	15 × 17	37	Eccentrica.	Numerosi nodi duri.	Parecchi nodi di consistenza colloide: lungo il margine tratti di cercine ed isole profonde. Nefrite materna.

Num. progr.	Diametri	Lungh. funicolo	Inserzione del funicolo	Superficie materna	Superficie fetale
163	16 × 18	48	Centrale.	Focolaio apoplettico.	Un nodo colloide e due nodi consistenti, centrali. Nefrite, eclampsia durante il travaglio.
164	11 × 15	41	Marginale.	Focolaio apoplettico. Nodo marginale.	Su metà della placenta cercine coriale assai rilevato (plac. circumvallata). Nodi disseminati. Piccola cisti.
165	15 × 18	51	Eccentrica.	Nulla.	Grosso nodo marginale di colorito rosso cupo. Altri nodi marginali e centrali.
166	16 × 17	46	Eccentrica.	Pallida.	Zone estese biancastre molto superfic. Albumina copiosa.
167	15 × 15	44	Eccentrica.	Nulla.	Numerosi vasti nodi marginali che si spingono sino alla superficie materna di colorito roseo.
168	16 × 17	46	Centrale.	Nulla.	Zona centrale di consistenza colloide. Per metà lungo il margine cercine consistente, nell'altra metà tre nodi, di cui il centrale si continua in una cisti.
169	15 × 15	48	Eccentrica.	Pallida.	Parecchi nodi centrali disseminati.
170	16 × 19	50	Eccentrica.	Nulla.	Cercine marginale poco manifesto.
171	14 × 16	44	Centrale.	Nulla.	Alcuni nodi premarginali.
172	13 × 14	42	Marginale.	Nulla.	Estesa zona marginale che si continua con una cisti a contenuto colloide giallastro.
173	15 × 16	77	Eccentrica.	Nulla.	Un solo nodo centrale ben manifesto.
174	20 × 20	54	Centrale.	Nulla.	Non si riesce a distinguere alcun nodo d'infarto.
175	16 × 17	46	Eccentrica.	Nulla.	Due grossi nodi centrali, altri piccoli disseminati.
176	16 × 18	45	Eccentrica.	Nulla.	Due nodi marginali, membrane assai ispessite.
177	17 × 18	38	Eccentrica.	Nulla.	Estesa zona e nodi marginali. Placenta succenturiata.
178	18 × 19	70	Eccentrica.	Nulla.	Pochi nodi assai piccoli, disseminati.
179	17 × 17	47	Eccentrica.	Nulla.	Parecchi grossi nodi centrali, rossastri. Altri periferici bianco-gialli.
180	15 × 16	71	Centrale.	Nulla.	Piccoli nodi disseminati; cercine periferico non continuo.
181	12 × 14	34	Eccentrica.	Piuttosto pallida.	Numerosi infarti migliarici e piccoli nodi. Placenta alla fine del 5.° mese. Lunghezza del feto cm. 29.

Num. progr.	Diametri	Lungh. funicolo	Inserzione del funicolo	Superficie materna	Superficie fetale
182	15 × 17	43	Eccentrica.	Piccolo nodo marginale.	Nodi disseminati.
183	17 × 18	47	Centrale.	Nulla.	Nodi disseminati a cercine periferico non continuo.
184	18 × 23	50	Eccentrica.	Nulla.	Qualche nodo verso il margine poco appariscente.
185	15 × 16	56	Eccentrica.	Nulla.	Due nodi a cui è frapposta una cisti. Cercine periferico continuo.
186	20 × 20	60	Eccentrica.	Nulla.	Numerosi grossi nodi (13) non profondi.
187	16 × 17	46	Eccentrica.	Nulla.	Placenta circumvallata per zona larga e continua. Nodi rosei all'interno e sul margine.
188	17 × 20	55	Centrale.	Nulla.	Parecchi nodi bianchi e rosei.
189	15 × 15	41	Eccentrica.	Nulla.	Nodo centrale ed uno periferico.
190	5 1/2 × 7	—	—	—	Piccola macchia biancastra. Placenta d'aborto. Embrione lungo cm. 9.
191	15 × 18	46	Eccentrica.	Nulla.	Qualche nodo lungo il margine.
192	19 × 20	62	Centrale.	Nulla.	Un nodo esteso lungo il margine.
193	17 × 18	54	Eccentrica.	Nulla.	Tempestata da numerosissimi grossi nodi, assai profondi.
194	17 × 19	59	Eccentrica.	Nulla.	Nodo marginale. Infarti migliarici.
195	19 × 20	57	Centrale.	Nulla.	Larga zona d'infarto che si continua con una grossa cisti a contenuto limpidissimo.
196	14 × 17	41	Eccentrica.	Piccolo nodo.	Numerosi nodi centrali e periferici. Piccola cisti.
197	17 × 20	56	Centrale.	Nulla.	Parecchi nodi estesi ma superficiali.
198	13 × 14	38	Velamentosa.	Nulla.	Grossa e larga zona lungo tutto il margine placentare. Nodi numerosi sulla superficie. Piccola cisti.
199	15 × 18	67	Eccentrica.	Nulla.	Piccoli nodi disseminati.
200	16 × 20	51	Eccentrica.	Nulla.	Striscia marginale non continua. Isole centrali disseminate. Piccola cisti a contenuto limpido che posa su un nodo.

Reperti macroscopici.

Dalle tavole sopra esposte risulta subito la frequenza, anzi la costanza, si può dire, con cui si trovano delle zone d'infarto bianco, più o meno estese, o con caratteri diversi, sulla superficie fetale della placenta.

La forma che può assumere l'infarto è svariatissima: però si può ridurre ad alcuni tipi principali che, in ordine di frequenza, sono:

1.° Una striscia o zona che corre lungo il margine placentare. Questa striscia appare formata o da un tessuto omogeneo, compatto, a superficie liscia ed uniforme; o composta dal confluire di tanti piccoli infarti della grandezza d'un grano di miglio che danno l'apparenza di una superficie lievemente scabra. La striscia può essere completa, cioè girare tutt'attorno al bordo placentare, oppure essere interrotta da tratti di tessuto placentare normale. Le membrane si lasciano staccare facilmente dalla sottostante zona d'infarto, e spesso sul tratto più contiguo alla placenta si notano delle estese placche biancastre, poste tra amnios e corion. Non pare che la resistenza delle membrane sia diminuita nei casi d'infarto marginale. Si è notato che quando l'inserzione del funicolo è eccentrica, spesso la striscia d'infarto, se non è continua, corrisponde a quel tratto di margine placentare più vicino all'inserzione del funicolo. La zona marginale di infarto, in genere, non si mostra sollevata sul tessuto placentare circostante, ed è poco profonda.

2.° Si possono avere dei nodi od isole d'infarto, che dalla grandezza di alcuni centimetri quadrati vanno sino a quella di un pisello. Queste isole invece appaiono come sollevate sul tessuto circostante; la loro profondità è variabile; ora si mostrano poco più che come un ispessimento del corion, ora invece si spingono sin verso la superficie materna. Quando grosse isole son collocate lungo il margine, arrivano sino alla superficie materna e si ha allora la trasformazione del tessuto placentare in una zona compatta fibrosa nettamente limitata.

L'amnios si solleva facilmente al di sopra di questi nodi; il corion invece forma parte integrante di essi, e cercando di sollevarlo si riesce spesso a staccare con esso il nodo innicchiato sul t. placentare.

Per la posizione essi si trovano di frequente presso l'inserzione del funicolo, però non sono affatto rari i grossi nodi lungo il margine;

accanto ai più grandi se ne trovano sempre di più piccoli, talvolta tanto numerosi da aversi soltanto delle striscie intermedie di tessuto placentare libero.

3.° Spesso si hanno invece dei piccoli punti biancastri disseminati, della grandezza di una capocchia di spillo e assai numerosi. È alla confluenza di questi punti che si deve in genere la formazione della striscia marginale. Raramente in una placenta si trovano solamente degli infarti migliarici; spesso si notano qua e là delle isole disseminate e più spesso ancora la striscia marginale.

4.° Assai più rara è la forma di anello continuo collocato alcuni centimetri in dentro del bordo placentare e che fa distinguere la placenta col nome di circumvallata. L'infarto che assume tale disposizione non è formato da un accumulo di elementi separati, ma da un tessuto omogeneo, consistente, bianco-giallastro, che si estende da pochi millimetri ad alcuni centimetri, e si approfonda, in genere, poco, nel tessuto placentare. È costante il trovare al limite esterno di questa zona circolare una ripiegatura delle membrane, di altezza più o meno rilevante e a cui la consistenza è data da un ispessimento del corion. Le membrane sono piuttosto aderenti a questo tessuto amorfo, mentre la massa biancastra non è molto tenacemente fissata al tessuto placentare circostante. Anche questa forma anulare si combina con nodi e con infarti migliarici disseminati.

5.° Più raro ancora è il trovare la superficie fetale sostituita per un ampio tratto, sino ad un terzo e più della sua estensione, da un tessuto amorfo omogeneo. In questi casi l'infarto ha un colorito decisamente giallastro, una consistenza poco più che colloide, e si nota che gli strati superficiali sono più molli dei profondi. Le membrane si staccano facilmente, il corion si mostra piuttosto ispessito, e la massa s'approfonda poco sul tessuto placentare.

Queste sono le forme fondamentali, che danno passaggio a forme intermedie svariatissime in cui si hanno tutte le possibili combinazioni delle varie apparenze dell'infarto.

La consistenza è essa pure assai variabile; in generale è quasi fibrosa, a gradi si arriva sino ad una specie di pastosità inferiore a quella del tessuto placentare, come specialmente si trova nelle forme più giovani.

Accanto a nodi durissimi si trovano nella stessa placenta altri nodi

assai più molli, per modo che sembra non si siano tutti originati contemporaneamente. Il colore di solito è bianco sporco; le forme più recenti sono invece rosee; e quando l'infarto assume notevole estensione e consistenza colloide ha colorito giallastro più o meno intenso.

Come ha notato Ehrendorfer, frequente è il trovare sulla superficie fetale della placenta delle cisti. Queste possono avere contenuto emorragico e siero fibrinoso. Le cisti siero fibrinose si mostrano (e nelle placente esaminate ve ne sono parecchi esempi) sotto due forme.

O, pur essendovi degli infarti concomitanti, sorgono libere sul tessuto placentare: o hanno per base e posano su un tratto d'infarto. Nel primo caso il loro contenuto è limpido, sieroso e l'apparenza piuttosto sferica: nel secondo il contenuto è più consistente, quasi « acqua di colla » come dice l'Ehrendorfer: il colorito giallastro, e la forma non globosa e regolare, ma si estendono di quanto si estende l'infarto sottostante. In una delle placente esaminate, in cui si notava una larga zona d'infarto, si aveva pure ad esso sovrapposto una cisti coi caratteri più sopra accennati, di colorito assai giallastro; e lungo il cordone dei gozzi assai simili per colorito e per consistenza alla cisti, probabilmente formati di gelatina di Warton. I vasi del funicolo stavano di lato ed erano indipendenti dai rigonfiamenti.

È specialmente nei casi d'infarti marginali, come già si disse, che si trovano delle estese placche bianco-gialle su le membrane; è esaminando queste che Robin ha voluto dedurre la sua teoria per spiegare la genesi dell'infarto. Il Cioja afferma che nello spazio compreso tra queste placche e il margine placentare, le membrane offrono una resistenza assai minore per modo che qui si avrebbe di preferenza la rottura del sacco delle acque. Quest'asserzione non pare si possa dedurre dalle placente esaminate.

Facendo una sezione d'un nodo d'infarto in direzione perpendicolare si ha risultato diverso, a seconda che questo s'addentra nel tessuto placentare o rimane superficiale. Nel primo caso si nota che esso è aderente alle membrane, ha una base non molto più estesa dell'apice, e contrae col tessuto circostante rapporti piuttosto intimi; nel secondo invece è assai fissato alle membrane e mostra sotto di sè una specie di vuoto; però è unito al tessuto ambiente da trabecole numerose.

Si può avere una forma omogenea, compatta, ed un' altra formata

da tante lamelle parallele sovrapposte, facilmente staccabili le une dalle altre.

Sempre, tanto nella forma compatta che nella lamellare, tanto nelle estese zone d'infarto e nelle placente circumvallate che nei nodi migliarici, il corion è tenacemente aderente al tessuto dell'infarto; l'amnios invece è, come nella rimanente superficie, facilmente staccabile.

Fu cercato con cura, se, come afferma qualche autore, il Cioja fra gli altri, la presenza d'infarti bianchi possa esser causa di ritenzione del corion. Nelle numerose placente esaminate, questo rapporto di causa ad effetto non appare. Anche nei casi in cui unitamente al cercine marginale d'infarto esistono placche biancastre su la membrana, non si è potuto stabilire che tra queste e quello le membrane presentassero una resistenza minore. In due casi di placenta previa le membrane apparivano lacerate lungo il margine placentare, pur essendovi il cercine marginale: ma in questi casi non è necessaria la presenza dell'infarto a spiegare la speciale rottura del sacco, bastando a darne ragione la caratteristica inserzione della placenta.

Vi fu un periodo in cui si ebbe spesso una parziale ritenzione di membrane, forse dovute al secondamento sempre piuttosto rapido. Si curò se la causa si potesse rintracciare nella presenza d'infarti; ma si vide che questi non erano nè in numero maggiore nè più estesi del consueto.

Così si vuole che l'infarto bianco possa esser causa di diminuzione del peso del feto (Cioja) sino a determinarne la morte (Ackermann). Si trovarono placente in cui un terzo della superficie fetale era trasformato in una zona bianca giallastra e in cui il feto era perfettamente sviluppato e di peso normale.

Sembra difficile che il solo infarto bianco, se non estesissimo o accompagnato da nodi sulla superficie materna o da altre alterazioni d'origine ben diverse (nefrite-sifilide), possa esser causa di così gravi conseguenze. Ad ogni modo, oltre la vastità della superficie, sarebbe necessario esso fosse assai profondo per difficoltare l'arrivo del sangue materno al feto; mentre di solito si vede che gli infarti molto estesi sono piuttosto superficiali.

Dopo aver visto l'aspetto esterno sotto cui si presentano gli infarti della superficie fetale, volli studiare al microscopio la loro intima struttura e passo a descrivere esattamente i preparati fatti.

Reperti microscopici.

Preparati della serie N. 2. — Placenta a termine. Sup. materna: grumi di sangue di antica data; infarto verso il margine che si spinge sino alla superficie fetale. Sup. fetale: grossa cisti ed altre minori a contenuto sieroso; infarto marginale con raggi verso il centro.

Fissazione in sublimato. Colorazione con ematossilina.

A piccolo ingrandimento (Koritzka, oc. 2, obb. 3) si vede: una zona non colorata, fortemente refrangente, che da una parte ha struttura reticolata, consta cioè di trabecole che s'intrecciano circoscrivendo degli spazi chiari, e in questa parte non si vedono elementi cellulari; dall'altra è costituita da un tessuto amorfo, compatto, in cui sono imprigionati dei villi assai alterati. Il passaggio tra una zona e l'altra non è brusco, ma si fa gradatamente. Al di fuori della zona compatta si hanno dei villi normali ben colorati.

A maggior ingrandimento (Koritkza, oc. 2, obb. 7*), si nota che la parte reticolata è formata da ampie lacune e da fibrille esilissime assai refrangenti.

La parte compatta è pure reticolata, ma le lacune sono assai piccole e le trabecole più grosse con direzione prevalentemente longitudinale, non rettilinee ma tortuose. Nella sostanza compatta, verso la reticolata, vi sono degli ammassi più scuri con contorno ben netto; formati da un tessuto assai più compatto del circostante, assolutamente incolore. Vicino a questi ammassi dispersi qua e là si notano grossi elementi cellulari, incolori, a contorno più oscuro con un'estremità appuntita e l'altra tondeggiante. In alcuni di essi si riesce a scorgere un nucleo debolmente colorato; il protoplasma è sempre assai abbondante e refrangente.

Alla periferia, dalla parte opposta alla zona reticolata, si trovano racchiusi nella zona compatta dei villi. Questi sono completamente circondati e in genere ben colorati.

Presentano: un sincizio formato da nuclei disposti in serie regolare, con abbondante sostanza plasmodiale; all'interno, qua e là e non in serie continua, dei grossi elementi cellulari, mono o polinucleati, con abbondante protoplasma e contorno ben netto. Queste cellule hanno diversa forma; ora fusate, ora con apice acuto e l'opposto tondeggiante,

di rado globose. Il nucleo è sempre molto grosso, e nel suo interno presenta dei nucleoli e dei granuli. Unico nella maggior parte, se ne possono avere due ed anche tre; raramente è centrale, più spesso respinto verso la periferia. Il protoplasma è sempre assai abbondante e refrangente. Lo stroma del villo è formato da un connettivo denso con nuclei connettivali ben colorati. I vasi o non sono apparenti, o si mostrano perfettamente normali.

Al di fuori della zona compatta, si hanno dei villi liberi perfettamente normali; sincizio ben colorato, stroma connettivale che si addensa a guisa di anelli attorno ai vasi, che mantengono il loro calibro normale; è raro però il trovare quei grossi elementi che costituiscono lo strato cellulare dell'epitelio del villo.

Nello strato compatto di uno di questi preparati (*A*) è specialmente notevole un villo. Questo è da ogni parte circondato da tessuto compatto amorfo, a struttura fibrillare, con fibrille dirette longitudinalmente. Il sincizio del villo, verso la zona reticolata, è conservato; al di sotto di esso si trovano delle grosse cellule non in istrato continuo, ma isolate, tranne un gruppo di quattro subito all'interno del sincizio. Dall'altro lato il sincizio è in gran parte distrutto, e lo stroma del villo si continua a gradi col tessuto compatto che lo circonda. Anche qui si riesce a distinguere alcune di quelle grosse cellule, a limite però poco netto. In basso il villo termina a punta; il sincizio è poco conservato e appena colorato; grossi elementi cellulari essi pure assai sbiaditi, si confondono nella sostanza amorfa compatta circostante.

Preparati della serie N. 4. — Placenta a termine. Superficie materna: nulla di notevole. Superficie fetale: piccola cisti sierosa; larga striscia d'infarto marginale.

Fissazione in sublimato. Colorazione con ematossilina ed eosina.

A piccolo ingrandimento si trova nel centro e da uno dei lati del campo microscopico dei villi normali, in cui su un colore di fondo rosso, spiccano i nuclei del sincizio e quelli del connettivo dello stroma colorati dall'ematossilina; da un altro lato villi assolutamente incolori in cui non si distingue alcun elemento cellulare. Frammezzo villi il cui sincizio è più o meno conservato, ma nei quali lo stroma è formato da una sostanza amorfa.

A maggior ingrandimento si vede nei villi normali un sincizio ben colorato, i cui nuclei sono disposti in serie regolare e la sostanza

intercellulare abbondante. All'interno lo stroma presenta dei nuclei connettivali ben colorati. I vasi in alcuni non presentano alterazioni ed hanno il lume pervio; in altri si vede tutt' attorno un anello formato da nuclei connettivali, di modo che il loro lume appare ristretto. Altri villi o affatti incolori o leggermente tinti dall'eosina, non presentano traccia di sincizio e invece si ha una leggera striscia periferica più intensamente colorata. All'interno lo stroma è costituito da una rete di filamenti esilissimi che s'intersecano e s'uniscono a formare fasci più voluminosi e circoscrivono delle aree o spazi chiari assai refrangenti. Di questi spazi chiari, alcuni hanno forma tondeggiante o allungata, e son disposti subito all'indentro di quella zona che occupa il posto del sincizio. I vasi in alcuni villi sono normali, in altri non apparenti.

Preparati della serie N. 61. — Gravidanza interrotta all'8.° mese per placenta previa e concomitante nefrite. Superficie materna: nel centro due cotiledoni giallastri e duri. Superficie fetale: due nodi, alcuni centimetri all'interno del margine placentare.

Fissazione in liquido di Flemming. Colorazione con safranina.

I villi mostrano una profonda alterazione. All'esterno, il sincizio non è formato da elementi nucleari distinti, ma invece si trova un cercine colorito più intensamente, uniforme, in cui si vedono scarsi residui cellulari. In parecchi villi, lungo il margine sinciziale si notano dei granuli, disposti regolarmente, coloriti in nero.

All'interno, lo stroma è formato da un tessuto amorfo, dove assai compatto, dove a struttura fibrillare. Non si scorgono elementi cellulari; in qualche villo scarsi nuclei connettivali.

I vasi, o non sono manifesti, o appaiono come un pertugio di forma irregolare, circondato da un anello di strati concentrici, assai fitti, senza elementi nucleari, che vanno gradatamente perdendosi sul tessuto amorfo che costituisce lo stroma del villo.

Preparati della serie N. 62. — Placenta d'aborto al 6.° mese. Su la superficie fetale si trovavano dei piccolissimi nodi disseminati.

Fissazione in liquido di Flemming. Colorazione con safranina.

Al disotto dell'amnios si trova il corion, poi un connettivo molto denso, stipato, in cui si riconoscono abbondanti nuclei ben colorati. Sotto a questo un tessuto lasso, formato da fibrille parallele alla direzione delle membrane; queste fibrille sono esili, tortuose, poco colorate e circoscrivono degli ampi spazii chiari, in cui si vedono grossi ele-

menti cellulari nel centro o verso la periferia, essi pure poco colorati. Il tessuto lasso si spinge verso il tessuto placentare, sempre formato da esili fibrille, tortuose, in cui si trovano i soliti spazi chiari contenenti elementi cellulari.

I villi più prossimi alle membrane sono così da ogni parte circondati; progredendo verso la superficie materna la sostanza che avvolge i villi manca affatto. I villi si mostrano con apparenza diversa.

Alcuni hanno un sincizio formato da nuclei ben colorati, regolari, giacenti in una sostanza intercellulare abbondante. Al di dentro si trova una serie e talora due, di elementi cellulari grossi, vicini gli uni agli altri, separati da un esile tramezzo. Il protoplasma in questi elementi è sempre abbondante, chiaro, e contiene un grosso nucleo centrale o più spesso periferico, in cui si vedono dei nucleoli e numerosi granuli intensamente colorati.

Questi elementi sono e per la forma e per la grandezza al tutto simili a quelle grosse cellule che si trovano nelle lacune, di quel tessuto fibrillare posto subito al disotto del corion.

All'interno di questo strato cellulare, a formare lo stroma del villo si trova un connettivo compatto in cui stanno numerosi nuclei connettivali. In questo connettivo si vede il lume vasale pervio, e senza proliferazione di alcuna delle sue tuniche. Altri villi presentano un sincizio che si mostra come un cercine scuro in cui o non si distinguono nuclei, o questi appaiono poco colorati e non disposti in serie regolare. Subito al di dentro v'è tutt'attorno uno spazio chiaro in cui qua e là si trovano dei residui cellulari. Nell'interno sta un reticolo formato da fibrille più o meno esili che circoscrivono degli amplissimi spazî chiari; in questi son contenuti uno o più nuclei grossi, respinti verso la periferia. Non si scorge traccia di vasi.

Infine altri villi, all'interno del sincizio perfettamente normale: presentano un connettivo denso, stipato, formato da fibre corte e grosse assai ravvicinate. In alcuni si vede qua e là dei nuclei connettivali; in altri la struttura fibrillare è affatto irriconoscibile; gli elementi cellulari non son manifesti, e l'interno del villo è trasformato in un connettivo amorfo privo di vasi.

Preparati della serie N. 70. — Gravidanza interrotta all'8.° mese per nefrite. Superficie fetale: nodi marginali profondi sino alla superficie materna, infarti migliarici disseminati, piccola cisti,

Fissazione in sublimato. Colorazione Hämalaun-Eosina.

All' esterno abbiamo l' amnios il cui connettivo di sostegno è in basso delimitato da una linea netta assai colorata. Sotto questa un leggero strato di tessuto amorfo, pallido, che si continua con demarcazione netta, con un tessuto formato da fibrille esili, vivamente colorate, parallele al decorso dell'amnios.

Verso l' esterno queste fibrille sono piuttosto divaricate le une dalle altre e circoscrivono degli spazi chiari, allungati; verso l'interno si fanno più stipate e confinano con un tessuto giallastro, evidentemente degenerato, formato pure da fibrille parallele all' amnios.

Nella parte compatta del connettivo coriale e, in minor quantità, anche nella parte più lassa, si vedono abbondanti nuclei connettivali, di forma allungata, non molto colorati. Nel limite fra tessuto compatto e tessuto giallastro sottostante, si vedono qua e là grossi elementi cellulari, con protoplasma chiaro e assai abbondante, nucleo grosso a forma ovoidale allungata con molti granuli.

Il tessuto giallastro è continuo e parallelo all'amnios, ora più ora meno largo, presenta una zona sottile compatta verso l'interno e verso l' esterno; nel mezzo ha struttura areolare e vi si scorgono dei resti cellulari e qualche corpuscolo ematico. Si spinge verso la superficie materna e circonda i villi più prossimi alla superficie fetale.

In questi non si vede più traccia di sincizio, e la periferia è formata da grosse cellule, con protoplasma abbondante, uno o più nuclei, assai numerose, all'interno delle quali si trova lo stroma del villo con numerosi nuclei connettivali ben colorati. In questi villi non si trova traccia di vasi.

Progredendo verso la superficie materna, i villi sono isolati gli uni dagli altri. Alcuni presentano una parte o tutto il sincizio, trasformato in una zona di sostanza giallastra, identica, per struttura, a quella più sopra descritta. Questa sostanza manda dei sepimenti nell'interno del villo, e subito all'indentro di essa si hanno i soliti grossi elementi cellulari. Altri villi hanno sincizio normale, stroma formato da connettivo con nuclei ben colorati e vasi privi di qualunque alterazione.

Preparati della serie N. 97. — Gravidanza interrotta al 6.° mese per placenta previa laterale. Donna sana. Superficie materna: grumi di sangue di antica data. Superficie fetale: parecchi infarti della grandezza di un pisello, di antica data.

Fissazione con liquidi di Flemming. Colorazione con safranina.

All'esterno si nota l'epitelio dell' amnios, poi un leggero strato di connettivo amorfo. Al di sotto di questo un tessuto compatto, denso, formato di fibre corte e piuttosto grosse, strettamente intrecciate. Nei piccoli rami da esse formati stanno numerosissimi nuclei connettivali.

A poco a poco questo tessuto si muta in un altro, pure costituito da fibrille, ma assai più lasso. Le fibrille sono più lunghe, più esili, più refrangenti, e meno colorate. Gli spazi tra l'una e l'altra più ampî, e i nuclei di connettivo assai scarsi.

Nel margine, verso la superficie materna di questo strato si notano dei grossi elementi cellulari polinucleati, con protoplasma molto abbondante; essi però sono scarsi e non continui.

Sotto allo strato cellulare si ha una larga zona di un tessuto formato da fibrille intensamente colorate, a decorso longitudinale, intrecciate in modo da circoscrivere ampie lacune fusiformi; in questo strato sono rarissimi i nuclei connettivali. Termina in una zona di connettivo lasso, poco colorato, con nuclei distinti e numerosi, connettivo che si spinge appena verso i primi villi placentari senza circondarli.

I villi più prossimi alla superficie fetale, hanno un sincizio normale, con nuclei ben colorati disposti in serie regolare, con sostanza intercellulare abbondante. All' indentro una zona periferica reticolata, formata da esili fibrille che circoscrivono ampi spazi, in cui son contenuti piccoli nuclei e resti cellulari. Nel centro del villo la sostanza reticolata si muta in un connettivo compatto, formate da fibrille stipate con scarsi nuclei connettivali.

Tale struttura si ripete in tutti i villi placentari; in alcuni predomina il tessuto reticolato, in altri il compatto. Spesso all' interno del sincizio si vedono alcuni dei grossi elementi che formavano lo strato cellulare del Langhans. I vasi sono in genere pervii e normali.

Preparati della serie N. 2. — Placenta a termine. Superficie materna: grumi di sangue di antica data; infarto verso il margine che si spinge sino alla superficie fetale. Superficie fetale: grossa cisti ed altre minori; infarto marginale con raggi verso il centro. Piccola cisti.

Fissazione in sublimato. Colorazione Hämalaun-Eosina.

All'esterno si trova l' amnios, con epitelio benissimo conservato e con lo strato di sostegno formato dapprima da un connettivo piuttosto compatto, che verso il corion assume forma fibrillare. Al di sotto uno

strato formato da fibrille longitudinali, stipate, in cui si trovano dei nuclei connettivali tinti dall'Hämalaun. Verso l'interno questo strato è limitato da nuclei posti in una sola serie, più o meno colorati, con forma allungata trasversalmente, non molto grandi; tra questi nuclei qua e là se ne vedono di più grossi, più chiari e contenenti parecchi granuli.

All'interno di questo strato di nuclei si trova una grande cavità sferica, regolare, in cui era contenuto del liquido sieroso.

Partendo dal punto più culminante della volta della cavità, e seguendo le membrane si arriva ad un certo punto in cui l'epitelio amniotico ed il suo strato di sostegno sembrano staccarsi dal connettivo del corion per continuare su la faccia placentare. Il connettivo coriale con quei nuclei grossi sopra ricordati si spinge in basso, e mentre il primo ben presto si ferma, il secondo circonda il fondo della cisti per risalire dalla parte opposta. Dimodochè la cavità cistica sembra ricoperta solo per un tratto della sua volta da amnios e corion, mentre nelle pareti laterali e nel fondo è uniformemente tappezzata dall'epitelio coriale.

Nella parete laterale, verso il fondo, poco sotto il punto dove il corion abbandona l'amnios, si nota uno strato cellulare formato da nuclei fortemente coloriti, in due o più serie. I nuclei dapprima allungati, vanno poi facendosi sempre più grossi, sferici o irregolari e in ultimo si mostrano collocati in una specie di finissimo reticolo, circondati da uno spazio chiaro.

Questo strato cellulare si allontana sempre più dall'amnios, si spinge con decorso tortuoso verso i villi placentari, poi a poco a poco risale, sostenuto sempre da uno strato di connettivo fibrillare con nuclei, rivolto verso l'amnios e dopo breve tragitto si arriva ad un punto in cui si vede: lo strato cellulare formato da nuclei posti in ampie lacune limitate da sottili fibrille, poi un connettivo di sostegno con scarsi nuclei, poi una leggera striscia chiara che va scomparendo, poi un connettivo di sostegno e l'epitelio amniotico. Nello spazio limitato dal connettivo di sostegno dell'epitelio amniotico e dal connettivo dello strato cellulare, si ha una zona a forma irregolarmente triangolare, con pareti sinuose verso la superficie materna ed ondulata verso la fetale, formata pure da connettivo con scarsi nuclei che s'addensano attorno a due grossi vasi dal lume pervio.

Nella parete laterale opposta della cisti il reperto è press' a poco uguale. La cisti posa col suo fondo, al disotto dello strato di nuclei scarsi e non sempre uniformi, su una larga zona di tessuto fibrillare amorfo che si pretende assai verso la superficie materna. Le fibrille ora s'intrecciano a formare delle reti a maglie più o meno stipate, ora si uniscono a costituire fascie a decorso prevalentemente trasverso. La colorazione non è uniforme, ma da chiazze più colorate si passa gradatamente a zone quasi incolore. In questo tessuto fibrillare amorfo son contenuti dei villi alterati.

All' esterno della parete laterale della cisti si trova un villo; in esso il sincizio è conservato, e subito all'interno ed anche tra i nuclei che lo costituiscono si vedono dei grandissimi elementi cellulari, di forma ovoide od irregolari, con numerosi granuli, elementi che rassomigliano perfettamente a quelli formanti lo strato cellulare, che staccatosi dall' amnios va poi ancora con esso ad unirsi. Lo stroma del villo è piuttosto compatto e si addensa a formare una specie di guaina attorno ai due grossi vasi del villo, il cui lume però è ampiamente pervio.

Altri villi presentano uno stroma connettivale con nuclei scarsi, e alla periferia, grossi elementi cellulari, con protoplasma assai abbondante, nucleo gigantesco e numerosi granuli.

Altri infine hanno un contorno segnato da una linea amorfa un po' più colorata, uno stroma pure amorfo e chiaro, con qualche vaso pervio; e a poco a poco con la tendenza che hanno a confluire e a saldarsi danno passaggio a quel tessuto amorfo, costituito da uno strato fondamentale poco colorato a decorso prevalentemente trasversale.

Spesso accanto ai villi che contengono i grossi elementi cellulari sopra detti, e il cui sincizio va a mano a mano facendosi meno appariscente, si notano elementi cellulari grossi del tutto simili a quelli che stanno alla periferia del villo, e liberi nel tessuto fibrillare amorfo.

Nel preparato N. 5 della stessa serie si ha:

Quando amnios e corion, formata la cisti, si sono riuniti, decorrono così per breve tratto, e in questo tragitto nell'epitelio coriale si trova un grandissimo nucleo intensamente colorato con un protoplasma assai abbondante e chiaro. Ad un certo punto, l' amnios col suo connettivo di sostegno si solleva in alto formando una curva pronunciata, per poi decorrere trasversalmente con leggera ondulazione; il corion invece

col suo connettivo scende in basso con curva più ampia e più brusca, poi decorre esso pure trasversalmente con leggera ondulazione per poi risalire a zig-zag e continuare il suo decorso strettamente unito all'amnios.

Questo sdoppiamento delle membrane limita un largo spazio di forma ovale, in cui si nota del connettivo formato da esili fibrille parallele alle membrane, con nuclei ben colorati, ispessiti lungo il margine di un grosso vaso posto nel centro. Esso è separato da una zona chiara del connettivo dell'amnios, mentre è assai aderente al tessuto di sostegno e all'epitelio coriale. Sotto l'epitelio coriale si ha un tessuto fibrillare amorfo, in cui son contenuti dei villi assai degenerati, alcuni dei quali mostrano alla periferia i soliti grossi elementi cellulari.

Là dove l'epitelio coriale staccatosi dall'amnios, scende in basso, mentre da una parte prosegue orizzontalmente, dall'altra scende anche più, forma una gran curva, risale in alto e pare accenni a ricongiungersi coll'epitelio coriale del tratto in cui amnios e corion erano uniti. Limita così per tre quarti un'altra cavità, circolare, in cui si trova un ammasso di tante piccole granulazioni che non sono affatto elementi sanguigni.

Nel preparato N. 8 della stessa serie si ha:

Esternamente l'amnios col suo connettivo di sostegno, poi il connettivo del corion piuttosto ispessito, a struttura fibrillare con scarsi nuclei connettivali, poi l'epitelio coriale formato da grosse cellule con nucleo gigantesco e protoplasma abbondante; al di sotto un tessuto amorfo, finamente reticolato, in cui qua e là si trovano scarsi residui cellulari.

Dapprima corion ed amnios decorrono addossati; ad un certo punto l'epitelio del corion si sdoppia ad angolo assai incurvato a riunirsi dopo poco, circoscrivendo così uno spazio ovoidale limitato in alto dall'amnios col suo connettivo, dal connettivo del corion con scarsi nuclei connettivali e alcuni grossi elementi cellulari su la periferia; in basso invece da più file di grossi elementi cellulari disposti irregolarmente, in cui il nucleo appare impicciolito e il protoplasma assai aumentato e refrangente. Alcune di queste cellule si trovano anche disseminate qua e là in quel tessuto fibrillare amorfo che sta al disotto dell'epitelio coriale. Allora il nucleo è meno colorato e il limite cellulare meno appariscente. Nella cavità formata è contenuta verso l'epitelio

coriale una massa finamente granulare, in cui si notano dei grossi elementi a forma ovoidale, più o meno grandi, refrangenti, incolori e a limiti ben definiti.

Piccolo tratto al di là del punto dove l'epitelio coriale si è riunito, forma altre piccole cavità verso la superficie materna, che hanno per base quel tessuto fibrillare amorfo in cui qui sono più abbondanti i grossi elementi cellulari. Questi spazi sono percorsi da trabecole che dall'epitelio si spingono verso il tessuto fibrillare amorfo. Alcune sono esili, altre piuttosto estese e in queste si trovano dei grossi elementi ovoidali o poliedrici a contorno poco netto, incolori, refrangenti, assai simili a quelli che si trovano nel tessuto granuloso che occupa la metà coriale della cavità più sopra accennata. Spesso nei piccoli spazi tra le trabecole si trova un tessuto finamente granuloso. Proseguendo sempre lungo il decorso dell'epitelio coriale, si vede che questo forma un'altra ampia lacuna ovoidale, molto allungata.

Essa è tappezzata all'intorno da una o più serie di grosse cellule, con nucleo gigantesco, protoplasma straordinariamente abbondante; spesso con degenerazione vacuolare. In questa cavità su la parete che guarda la superficie materna, si vede una striscia di tessuto amorfo, fibrillare, le cui fibrille sono esilissime, intrecciate e refrangenti; e più verso il centro una zona formata da tessuto amorfo e finissimi granuli.

Al disotto dell'epitelio coriale che appare in forme così variate, il reperto è press'a poco uguale.

Un tessuto amorfo che si estende per lungo tratto verso la superficie materna, formato da fibrille dove più dove meno stipate, sottili o riunite in fasci formanti delle cavità e delle lacune di varia grandezza; talora ben colorito, tal altra affatto incoloro. In mezzo a questo tessuto dei villi profondamente alterati: sincizio ora manifesto e normale, ora assolutamente mancante, ora formato solo da scarsi nuclei poco colorati: all'interno, spesso, grossi elementi a nucleo gigantesco, dove scarsi dove abbondanti. Spesso elementi simili si trovano dispersi nel tessuto amorfo, ma quasi sempre in prossimità ai villi.

Lo stroma ora è formato da un connettivo denso con nuclei ben distinti e vasi normali, ora da un tessuto amorfo refrangente; ora da un tessuto reticolato a maglie ampie e in cui si scorgono residui cellulari.

I vasi nella maggior parte dei casi non si scorgono, e quando sono manifesti sono pure pervii e normali.

Nel preparato N. 14 si ha pure un reperto tipico:

Per un tratto amnios e corion decorrono addossati e all'interno dell'epitelio coriale si trova il solito tessuto fibrillare amorfo. Ad un certo punto questo tessuto aumenta di spessore e si mostra formato da fibrille e da trabecole che s'intrecciano in ogni senso e circoscrivono cavità ora piccole ed ora grandi. In alto è limitato dall'epitelio coriale, e in basso si spinge tra i primi villi, profondamente alterati. Nel punto di biforcazione delle fibrille, e specialmente su le trabecole si trovano numerosi grossi elementi cellulari del tutto simili a quelli dell'epitelio coriale e che mostrano evidentemente l'origine loro dal detto epitelio. Queste cellule ora hanno nucleo grosso, ben colorato e protoplasma abbondante; ora il nucleo è più piccolo, respinto da una parte e il protoplasma evidentemente aumentato; ora il nucleo non è visibile e si trova invece una massa vacuolare, un contenuto cioè fortemente refrangente, limitato da un sottile cercine più oscuro. Queste masse vacuolari tendono a confluire e a formare degli spazi più ampi.

Sulle trabecole più grandi poi, oltre elementi cellulari così degenerati, si notano dei grandi vacuoli in cui sono evidenti dei resti cellulari e dei piccoli granuli accumulati.

Al disotto della zona formata da quel tessuto fibrillare amorfo in cui son contenuti dei villi alterati, si notano dei villi liberi costituiti: da un sincizio normale, all'interno del quale si trovano in alcuni dei grossi elementi cellulari; uno stroma connettivale più o meno stipato con nuclei distinti; dei vasi perfettamente pervî. Anche di questi villi alcuni hanno perduto il sincizio; altri hanno uno stroma reticolato sulle cui maglie si vedono residui cellulari e mancano di vasi; in altri infine tendono a confluire ed appaiono completamente amorfi.

Preparati della serie N. 109. — Gravidanza a termine. Superficie materna: nulla. Superficie fetale: estesa zona d'infarto marginale; nodi disseminati; tre cisti, una grande e due più piccole.

Fissazione in sublimato. Colorazione Hämalaun-Eosina.

All'esterno l'amnios col suo epitelio sostenuto da un connettivo fibrillare, le cui fibrille qua e là separate circoscrivono degli ampi spazi vuoti. Poi il connettivo del corion piuttosto stipato, con nuclei connettivali ben colorati e abbastanza numerosi. Al disotto uno strato che contrasta pel suo colorito rosso vinoso accanto al colorito violaceo del connettivo vicino,

Questo strato è formato da fibrille assai stipate, parallele al decorso dell'amnios e nel limite tra esso e l'epitelio coriale si notano qua e là vari elementi cellulari, rappresentati da un grosso nucleo fortemente colorato. Gli elementi cellulari sono assai più numerosi là dove esso strato è meno manifesto, meno nettamente delimitato.

Da quello strato che così si differenzia, partono dei sepimenti formati da un tessuto amorfo che si insinua tra i villi distinguendosi ed apparendo in due forme. Là dove circonda il villo è più stipato con scarse fessure chiare simili a crepature, e ricorda quella striscia al disotto del connettivo coriale, da cui sembra abbia tratto origine. Tra i villi invece assume forma reticolata a maglie dove più dove meno ristrette.

I villi imprigionati in questo tessuto appaiono grandemente alterati. Del sincizio nessuna traccia; subito all'interno di quella zona di tessuto amorfo più stipato, si ha lo stroma formato da un connettivo, con nuclei ben distinti, in cui o non si trovano vasi o essi sono di calibro normale. Sul limite dello stroma si trovano dei grossi nuclei, di forma irregolare, del tutto simili a quelli posti fra tessuto amorfo e connettivo coriale. Dopo un primo tratto così costituito si trovano dei villi liberi tra cui v'è un po' di sangue.

I villi assumono due forme: sincizio, stroma connettivale con nuclei ben distinti, vasi normali quando apparenti; oppure: nessuna traccia di sincizio e al suo posto un tessuto amorfo che lo sostituisce in parte o in totalità; poi lo stroma e i vasi. In questo caso i villi mostrano manifesta tendenza a confluire e ad unirsi per lo strato amorfo esterno.

Nel preparato N. 4 della stessa serie si ha:

Amnios il cui connettivo è ben aderente al connettivo del corion; subito dopo questo uno strato di tessuto amorfo che si estende per buon tratto verso la superficie materna. Dapprima questo tessuto ha struttura piuttosto compatta e va a poco poco facendosi più lasso. Circonda completamente i villi, che si mostrano senza sincizio, limitati esternamente da un anello di tessuto amorfo; lo stroma ha nuclei connettivali ben distinti e vasi di calibro e struttura normale.

Sul limite tra connettivo coriale e l'amorfo, dispersi nel tessuto amorfo stesso, e specialmente tra stroma del villo e tessuto che lo circonda, si trovano dei grossi nuclei fortemente colorati, spesso circondati da una zona di protoplasma chiaro, abbondante.

Seguendo il limite tra connettivo coriale e l'amorfo; si arriva ad un certo punto in cui connettivo amniotico e coriale si staccano per la frapposizione di spazi vuoti, collegati solo da briglie; lungo il limite tra connettivo coriale o l'amorfo, aumentano quei grossi nuclei che dapprima o mancavano quasi del tutto od erano scarsi, e anzi subito al disotto del connettivo si notano dei lunghi tratti di epitelio coriale, formato da cellule a protoplasma abbondante, nucleo grosso ora tondeggiante, più spesso a forma irregolare, fortemente colorato. Queste cellule si spingono per buon tratto verso la superficie materna; spesso si trova il protoplasma assai aumentato, tanto da ritenere la loro trasformazione in veri vacuoli; tra di esse si trovano, dei sepimenti di tessuto fibrillare amorfo che s'intrecciano in ogni senso.

Anche qui il tessuto amorfo si spinge tra i villi alla cui periferia gli elementi cellulari sono più abbondanti. I villi sottostanti hanno la stessa struttura già descritta: sincizio, stroma, vasi; oppure: cercine amorfo, stroma e vasi, e allora mostrano gran tendenza a confluire. Tra i villi si trova poco sangue.

Nel preparato N. 5 della stessa serie si vede un gruppo di villi completamente circondati e tenuti uniti da un tessuto amorfo, ben colorati, nella cui colorazione predomina la tinta dell'eosina.

I villi hanno completamente o in parte perduto il loro sincizio; constano di uno stroma con nuclei connettivali ben colorati, e i vasi, quando appaiono, sono normali per calibro e per struttura. Sul limite tra stroma e tessuto amorfo si vedono dei nuclei giganteschi, colorati fortemente dall'Hämalaun; hanno forma di rado sferica, più spesso irregolare, allungata, e contengono numerosi granuli. Sono circondati da un protoplasma assai abbondante, chiaro, che termina con limite netto.

Il tessuto amorfo intervilloso è al solito formato da fibrille, dove stipate, dove più lasse, in modo da circoscrivere delle piccolissime lacune chiare.

Qua e là in questo tessuto si trovano degli elementi cellulari ora in vicinanza dei villi ora anche da essi lontani, elementi che per la forma si possono distinguere in tre gruppi:

1) nucleo grosso, colorato dall'Hämalaun, con protoplasma abbondante, spesso ben delimitato, qualche volta perdentesi nel tessuto circostante;

2) nucleo meno colorato, respinto da un lato, protoplasma assai

abbondante, chiaro alla periferia, nel centro formato da una sostanza finamente granulare;

3) nessuna traccia di nucleo e una cavità tondeggiante o allungata, una specie di vacuolo che contiene una sostanza granulosa, ora incolora, ora colorata un po' più debolmente del tessuto circostante. Nel primo caso i limiti sono ben netti, nel secondo assai indecisi.

Preparati della serie N. 109. — Colorazione con picrocarminio.

Non è questo un buon colorante per mettere in evidenza le particolarità di struttura dei villi, però serve assai bene a differenziare le parti normali dalle alterate.

Le membrane e i villi sono uniformemente colorate in rosso, con colorazione un po' diffusa; la sostanza che dall'epitelio del corion si spinge tra i villi più prossimi alle membrane, come pure il sangue che si trova tra i villi, assumono colorito giallo vivace.

Preparati della serie N. 132. — Superficie materna: nulla. Superficie fetale: estesa zona gialliccia di consistenza colloide; numerose cisti sierose posanti in parte su zone d'infarto, in parte su tessuto placentare.

Cisti sovrapposta ad infarto fissata in Flemming. Colorazione con safranina.

Al disotto dell'amnios un connettivo di sostegno che stipato dapprima diventa assai più lasso profondamente. Poi il connettivo del corion che, come quello dell'amnios, è cosparso qua e là di piccoli granuli neri, talvolta disposti circolarmente, più spesso aggruppati.

L'epitelio del corion è formato da uno strato di cellule disposte in una o più serie. Queste cellule presentano al solito un protoplasma abbondantissimo, un nucleo grosso e ben colorato, che contiene numerosi granuli. Spesso queste cellule appaiono come grandi vacuoli, in cui il nucleo profondamente alterato è respinto verso la parete, e il resto è occupato da una massa chiara refrangente. Talora anche, dal nucleo respinto da un lato e sformato, si partono numerosi filamenti che si spingono verso il lato opposto della cellula.

Questo strato di cellule si continua in basso con un tessuto amorfo, formato da fibrille sottilissime, più stipato alla periferia e più lasso nel centro. Il passaggio si fa per gradi: i nuclei sono meno colorati, i limiti tra cellule quasi punto delimitati, e le cellule stesse si mostrano allungate e intimamente connesse con le fibrille che da esse sembrano staccarsi.

Lo spazio di tessuto amorfo è limitato in basso da un' altra serie di cellule grosse, simili alle superiori, però disposte meno regolarmente. I due strati di cellule, superiore ed inferiore, vanno avvicinandosi e mostrano tendenza ad unirsi, di modo che il tessuto amorfo, stipato alla periferia, lasso al centro, pare circondato completamente da uno strato di cellule grosse, evidentemente dell'epitelio del corion.

Al disotto del secondo strato di cellule si trova un tessuto amorfo, formato da fibrille corte e grosse, che s'intrecciano in ogni senso. Il tessuto si spinge in basso verso la superficie materna, e circonda i primi villi.

E i villi hanno anche qui due apparenze.

Sincizio normale ben colorato; stroma denso, stipato, con scarsi residui cellulari. Al limite tra sincizio e stroma, qualche grosso elemento cellulare, col nucleo respinto alla periferia e protoplasma assai abbondante. I vasi presentano un nucleo connettivale che li circonda e il loro lume appare un po' ristretto.

Oppure sincizio normale, e all' interno un tessuto reticolato, ad ampie maglie, in cui si vedono dei nuclei connettivali e dei resti cellulari. In questi villi i vasi non sono manifesti.

RIASSUNTO E CONCLUSIONI.

La frequenza, e lo dimostrano le tavole suesposte, con cui si trovano delle zone d'infarto bianco su la superficie fetale della placenta, esclude a priori si possa trattare di un fatto patologico.

Per mio conto posso aggiungere che ho creduto opportuno estendere le ricerche anche ai villi e ai loro vasi, poichè la maggior parte degli autori propende ad ammettere come causa dell' infarto un' alterazione vasale. Si può affermare che nelle placente in cui non si riscontri altra lesione che degli infarti bianchi su la superficie fetale, i vasi non sono alterati e il loro lume è sempre pervio. Così pure non si rinvenne mai sangue stravasato nel villo o nel connettivo coriale.

In due placente invece avute da parto a termine di donne affette da eclampsia e nelle urine delle quali si trovava una quantità enorme d'albumina, trovai nella superficie materna il reperto tipico del così detto « focolaio apoplettico od emorragico. » Il tessuto placentare si mostrava rammollato, d'un colorito rosso cupo, facilmente spappolabile;

colla dilacerazione si vedeva che il processo di rammollimento si estendeva verso la parte centrale della placenta ed era composto da tessuto placentare disgregato e da sangue. I vasi apparivano congesti, ingrossati nelle loro pareti, e probabilmente anche lesi nella loro continuità. Attorno a questo focolaio centrale, si aveva del tessuto placentare normale, in cui però i vasi presentavano pure un ingrossamento delle pareti. Ma già l'Ackerman aveva notato come non esista verun rapporto tra questi focolai emorragici e l'infarto bianco. Essi non si trovano che in casi in cui vi sia concomitante lesione renale materna, e, come sugli altri vasi dell'organismo, così è ammissibile che la mancata eliminazione dei prodotti tossici del ricambio materiale, faccia risentire la sua azione unica sui vasi placentari donde la diminuita loro resistenza. Nelle duecento placente esaminate questi focolai emorragici li rinvenni solo quattro o cinque volte; numero sproporzionato alla costanza con cui si trovò l'infarto bianco; di più essi erano collocati sempre sulla superficie materna, sulla fetale non si riscontrò mai una alterazione tale che potesse esser a quella paragonata.

In base quindi ai reperti macro e microscopici, che non hanno dato di rinvenire nè soluzioni di continuo nei vasi dei villi e del corion, nè accumulo di corpuscoli o di pigmento ematico tra i villi o al disotto del corion, pare poco probabile che la genesi dell'infarto bianco sia da ricercarsi nell'emorragia.

Si disse che essendo la placenta organo che serve all'eliminazione dei prodotti di rifiuto del ricambio materiale del feto, debba esser facile l'alterazione dei suoi elementi per opera dei prodotti tossici regressivi. Tra i vari elementi i primi a risentirne sarebbero i vasi e il loro epitelio, analogamente a quanto si riscontra nei reni durante la vita extrauterina. Ma si può obbiettare che nel feto il ricambio materiale si riduce a poca cosa, ricevendo esso un materiale nutritizio elaborato direttamente dal sangue materno, non essendo necessaria una attività muscolare e biochimica rilevante per le funzioni respiratorie e termodinamogene, tacendo quasi completamente anche l'estrinsecazione nervosa per cui si trova « in uno stato analogo alquanto a quello degli animali ibernanti » (Cuzzi).

Di più mancano anche quelle cause tossiche che nell'adulto sono causa precipua dell'insufficienza renale, ed anche nelle placente di aborti nel 3.° e 4.° mese si son rinvenuti sulla superficie fetale dei

piccoli nodi bianchi, epoca in cui l'attività funzionale del feto è ancora minore di quello che sia verso il termine di gravidanza.

Mayer, Veit e Ackerman ammettono la morte dei villi per necrosi da coagulazione. Ma come cause della necrosi da coagulazione di Weigert, si devon ricercare i processi infettivi infiammatori dipendenti o da alterazioni vascolari o da sostanze tossiche.

Nella placenta non si può pensare che ad un processo infiammatorio; ma una causa vasale abbiamo più sopra cercato di escluderla, in base ai reperti microscopici, che mostrano come i vasi nella generalità dei casi non siano alterati o almeno accanto a vasi dal lume leggermente ristretto da un anello periferico, ve ne siano di perfettamente normali e ampiamente pervii. Resta l'influenza tossica. È vero che il sangue retro placentare ha un potere tossico maggiore del sangue normale, ma alla sua influenza i villi dovrebbero reagire perdendo l'epitelio come succede nel glomerulo renale; mentre invece l'epitelio (sincizio) è conservato e i suoi nuclei sono ben colorati. Nei villi compresi da quel tessuto amorfo che forma l'infarto, l'epitelio è sostituito da un cercine amorfo fibrillare più intensamente colorato dello stroma, ma questo si può spiegare con la semplice ischemia meccanica per compressione esercitata dal tessuto che avvolge i villi. Tant'è vero che il sincizio dei villi posti subito al disotto della zona d'infarto ha struttura perfettamente normale.

Se si dovesse invocare una causa tossica, perchè l'infarto bianco si trova su la superficie fetale e non su la materna, dove i villi vengono a maggior contatto coi seni venosi uterini e quindi più soggetti all'influenza alterante del sangue retro placentare?

Robin ha voluto ricercare l'origine dell'infarto, in una degenerazione fibrosa dei villi analoga a quella che colpisce i villi non destinati alla formazione della placenta. Ma Cuzzi per ispiegare l'origine della placenta bilobata dice: « Se supponiamo che il processo di atrofia che colpisce normalmente il corion tenue, interessi anche una striscia di villi del corion frondoso disposta secondo un diametro del corion frondoso stesso, avremo la placenta divisa in due masse cotiledonari riunite fra loro mediante un ponte membranoso formato dalla porzione del corion frondoso che venne colpita da atrofia. » Ora ammettendo la genesi di Robin si dovrebbe ammettere là dove si rinviene un nodo d'infarto o un cercine premarginale, un'infossatura, un solco, qualcosa

che accenni a questa mancanza di tessuto; invece tanto i nodi che i cercini periferici sono sempre o leggermente sollevati sul circostante tessuto placentare o tutt' al più allo stesso livello, non mai incavati. Oltre che ai vasi, ad un altro elemento ricorsero gli autori per spiegare la genesi dell'infarto, e propriamente alle cellule deciduali.

Mayer pensa ad una degenerazione grassa della decidua, e a questa opinione si accosta pure Jacobsosn; Küstner e Steffek ad una degenerazione per alterata nutrizione meccanica; Finzi ad una infiltrazione parvicellulare e nucleare.

Della decidua la parte colpita sarebbero quei setti che essa manda tra i cotiledoni placentari, e quel cercine che si trova alla periferia della placenta, al disotto delle membrane. L'origine deciduale va però unita secondo questo gruppo d' autori alle alterazioni vasali.

La partecipazione della decidua alla formazione dell' infarto ha avuto dai ricercatori in genere, favorevole accoglienza, poichè al disotto del corion che riveste i nodi d'infarto, nei nodi stessi, nei villi che vi son compresi o che lo circondano e nelle cisti che a loro spesso si accompagnano, si trovano degli elementi cellulari grossi, con nucleo gigantesco, protoplasma abbondante, assai simili alle cellule deciduali.

Però mal si comprende come nei piccoli nodi che si trovano nel centro di un cotiledone, lontano cioè dai sepimenti intercotiledonari dove la decidua manda i suoi prolungamenti, abbiano potuto immigrare degli elementi deciduali; come nelle vaste zone che interessano più cotiledoni abbian potuto estendersi in così larga estensione, e come non si trovino nodi d'infarto su la superficie materna dove sono assai abbondanti.

Si viene così all' ultimo elemento per la genesi dell' infarto, allo strato cellulare del corion. Il Langhans dimostrò che l' epitelio del villo è formato da un doppio strato, uno esterno, sincizio, formato da nuclei regolarmente disposti, piuttosto piccoli, tenuti assieme da un tessuto plasmodiale che si vuole a struttura fibrillare; ed uno interno costituito invece da grosse cellule con nucleo gigantesco e protoplasma abbondante.

Kastchenko e Phenomenow hanno dimostrato come questo strato cellulare che dal Langhans piglia il nome, sia d' origine fetale; esso nel progredire della gravidanza è destinato a scomparire, passando attraverso lo stadio che dal Langhans stesso fu chiamato « fibrina ca-

nalizzata. » Anche Favre e recentemente Ehrendorfer ammettono il contributo che lo strato cellulare dà alla formazione dell'infarto, ma tutti e tre vi fanno concorrere anche la decidua e il Favre l'alterazione vasale.

Pestalozza in un recente lavoro, trattando incidentalmente della genesi dell'infarto, ne trasse la conclusione « che cisti placentari e infarti bianchi della superficie placentare ritraggono in gran parte una comune origine dallo stadio cellulare dell'epitelio del corion. » Si vien così a dare allo strato del Langhans la parte principale se non essenziale per la formazione dell'infarto.

Vediamo ora quali conclusioni si posson dedurre dai preparati fatti e già descritti, pei quali si usarono differenti metodi di fissazione e di colorazione, valendosi di placente giunte a differenti stadi di sviluppo.

Volendo dare un'idea generale di come si presenta al microscopio una sezione d'infarto e tessuto placentare limitrofo, possiamo dire che al disotto dell'epitelio dell'amnios si trova il suo connettivo di sostegno; poi il connettivo del corion che non è immediatamente aderente, ma spesso separato da fessure longitudinali limitate da briglie, più o meno esili a struttura fibrillare; il connettivo coriale sostiene un epitelio, formato da cellule grosse, irregolari, di diversa dimensione, con protoplasma abbondante che si colora male coi comuni coloranti, mentre il nucleo gigantesco assume facilmente le diverse colorazioni, si mostra irregolare, talvolta con piccoli prolungamenti, talvolta invece assai ridotto di volume, quasi sempre respinto da un lato — i granuli sono in genere abbondanti, e quando si mostra atrofico si vede dipartirsi da lui un accumulo a forma triangolare formato da minutissime granulazioni, incolore, che occupano gran parte della cellula.

Questo strato cellulare non sempre è evidente, anzi spesso, al disotto del connettivo coriale si trova subito un tessuto amorfo compatto o reticolato che si spinge tra i primi villi formando il vero nodo d'infarto. In questo caso nel limite tra connettivo e tessuto amorfo si vedono qua e là dei grossi nuclei cellulari, disposti irregolarmente, sparsi anche qua e là nel tessuto dell'infarto poco e mal colorati. Subito al di là della zona d'infarto si ritrova il connettivo coriale col suo epitelio normale.

Altra volta invece, e questo specialmente nei casi in cui un infarto serve come di base ad una cisti, l'epitelio coriale assume estensione

considerevole disponendosi in tre, quattro e più file di cellule. I limiti di alcune cellule vicine vanno scomparendo, e alcune di esse, confluendo, danno origine a quei vacuoli, in cui si ritrovano quei granuli piccolissimi a cui più sopra si è accennato. Oppure lo strato cellulare è intersecato da briglie anche piuttosto estese, che evidentemente si originano dalle cellule circostanti, e sono in connessione col tessuto dell'infarto.

Colle fissazioni con liquido di Flemming, nel connettivo dell'amnios e del corion ed anche nelle cellule dell'epitelio coriale, si trovano spesso delle piccole granulazioni, talora confluenti, di color nero intenso. Anche nel tessuto proprio dell'infarto e persino lungo il sincizio dei villi si può avere questo reperto.

Allo strato cellulare segue il tessuto proprio dell'infarto, compatto o fibrillare, che si spinge più o meno tra i primi villi circondandoli completamente.

I villi dobbiamo studiarli separatamente a seconda che si presentano racchiusi nel tessuto dell'infarto, o liberi al disotto di esso.

I primi raramente presentano un sincizio normale; spesso questo è sostituito da una zona amorfa più colorata del tessuto circostante, con scarsi residui nucleari; talora invece lo stroma del villo si continua a gradi a gradi con il tessuto dell'infarto, limitando però i due diversi elementi, una serie irregolare di grossi nuclei, del tutto simili a quelli dell'epitelio coriale, nuclei che si trovano anche sparsi nel tessuto dell'infarto, però in prossimità dei villi e che allora sono assai poco colorati, o quasi affatto incolori.

Al disotto della zona d'infarto, i villi si presentano con differenti apparenze:

1) sincizio — stroma connettivale e vasi: all'interno del sincizio talora, ma non sempre, alcuni grossi elementi cellulari;

2) sincizio — uno strato di tessuto reticolato a grandi maglie, con scarsi residui cellulari — un nucleo centrale di connettivo, con vasi più o meno pervii;

3) sincizio e all'interno lo stroma sostituito da quel tessuto reticolato che in altri villi si trova soltanto alla periferia — nessuna traccia di vasi.

Spesso i villi liberi più prossimi all'infarto hanno tendenza ad unirsi, ad aggrupparsi, il sincizio nel punto di contatto mostra ten-

denza a scomparire, e la massa così costituita accenna ad una metamorfosi connettivale. Tra i villi liberi si vedono spesso alcuni elementi sanguigni, in generale poco abbondanti.

Come dobbiamo interpretare tutti questi vari elementi, e le modificazioni che loro adduce l'infarto? quali di essi hanno una parte principale nella sua genesi? Può essere vantaggioso lo studiare ad uno ad uno tutti questi elementi, lasciando da ultimo il corion e il suo epitelio ché gioca la parte principale, e questo in base ai preparati istologici più sopra descritti.

L'amnios rimane estraneo alla formazione dell'infarto e, in genere, conserva il suo epitelio cubico inalterato. Il suo connettivo pure non si modifica, tutt'al più, là dove la zona amorfa è più spessa, mostra una diminuzione dei suoi nuclei connettivali e forse una struttura più compatta. Esso però si stacca facilmente dal connettivo coriale, specialmente questo distacco si manifesta nei preparati della cisti N. 2; tra i due connettivi allontanati si staccano delle briglie connettivali, che li uniscono a mo' di ponte.

Nelle fissazioni in Flemming si notano tra i nuclei dell'epitelio, ed anche nel connettivo amniotico, dei granuli piccoli, nerastri, ora disseminati, ora riuniti in gruppi, evidenti nei preparati della serie N. 132 e più ancora in quelli della serie N. 22. È probabile che essi siano granuli di grasso colorati in nero dall'acido osmico del fissitivo. Parte importante invece nella formazione dell'infarto assumono i villi, di cui abbiamo già descritto la differente struttura con cui si presentano.

E dei villi è propriamente allo strato cellulare del Langhans che si deve rivolgere l'attenzione. Già Pestalozza ha fatto notare che questo strato anche a termine di gravidanza può rimanere, ed infatti assai spesso all'interno del sincizio si trovano i grossi elementi cellulari che lo costituiscono. Mentre però nelle placente dei primi mesi esso appare sotto forma di uno strato regolare e continuo; a termine è più facile di trovare qua e là soltanto alcuni grossi elementi. Una parte dello strato cellulare, se non tutto, va dunque a scomparire e rimane ad indicare la sua presenza un tessuto amorfo, reticolato, a maglie piuttosto ampie, in cui son contenuti dei residui nucleari e dei piccoli granuli assai refrangenti. Sembrerebbe quindi che questa « fibrina canalizzata » così detta dal Langhans, oltre che esser data dallo strato

cellulare dell' epitelio del villo, sia una sua trasformazione piuttosto che un prodotto di secrezione delle sue cellule.

I villi compresi nell'infarto perdono il loro sincizio. Che sian villi appare oltre che dalla loro forma, dallo stroma connettivale il quale presenta dei nuclei che mancano nel tessuto circostante sempre amorfo, dai vasi qualche volta manifesti, sebbene obliterati, e specialmente dai grossi elementi cellulari che li circondano. Questi si trovano anche dispersi qua e là nel tessuto amorfo circostante e si mostrano allora meno colorati e spesso con apparenza vacuolare.

Possono essere cellule deciduali? I sostenitori della genesi dell' infarto della decidua, non lo mettono in dubbio. Ma se si considera la loro identità con le cellule dell' epitelio del corion e dello strato cellulare del villo, che per essere rivestite dal sincizio non possono essere c. deciduali; se si considera la loro forma irregolare, a contorni poco ben delimitati, con grosso nucleo a forma svariata quasi sempre periferica, mentre le deciduali hanno contorno netto, protoplasma abbondante, nucleo rotondo od ovale e posto in genere nel centro; se si considera la loro frequente degenerazione vacuolare che non sembra esistere nelle c. deciduali, fra le quali invece si hanno le così dette c. giganti con trenta, quaranta nuclei, mancanti invece fra le prime; se si considera che queste cellule si trovano sempre in prossimità di un villo, e come le c. deciduali abbiano potuto spingersi così lontano dalla superficie uterina, vicino all' epitelio del corion, in numero così abbondante, pare più probabile si debban ritenere come cellule dello strato interno dell'epitelio del villo.

Ma oltre che imprigionati nel tessuto dell'infarto e così deformati da riescir poco chiara talvolta la loro struttura, si trovano i villi circondati da un tessuto amorfo che secondo ogni apparenza sembra originarsi dal corion e spingersi verso la superficie materna. Senza voler ora studiare come si origina questo tessuto, vediamo le alterazioni che la sua presenza determina sui villi.

Osservando i preparati della serie N. 108 si vede che il sincizio del villo scompare, o meglio non presenta più quella serie di nuclei piccoli, regolari, distintamente colorabili; in sua vece si ha una zona periferica con qualche nucleo qua e là piuttosto deformato, zona che è più colorata del tessuto amorfo intervilloso. Al suo interno alcuni scarsi elementi grossi, più spesso un cercine di fibrina canalizzata ad

ampie maglie, ma sopratutto uno stroma connettivale, denso, stipato, abbondante con nuclei scarsi; i vasi o non sono dimostrabili o hanno un lume quasi impervio. Questi villi, come abbiamo detto, tendono a confluire; la lamina esterna, resto del sincizio, si salda, il connettivo si fa sempre più denso e stipato, così che l'aggruppamento di varii villi assume l'aspetto di vaste zone di un tessuto quasi amorfo, poco colorato, intersecato da striscie più scure date dalle lamine più periferiche circondanti il villo. Come spiegare questa trasformazione dei villi? Dobbiamo ammettere come primitiva la necrosi del villo data, come vogliono gli autori, da alterazione vasale, o si può pensare che il tessuto amorfo che parte dal corion e si spinge tra i villi ne determini un'ischemia per semplice compressione meccanica, e conseguente aumento del connettivo sino ad aversi una massa in cui i veri elementi formativi si fanno sempre più difficilmente riconoscibili?

Il rispondere a questa domanda non è punto facile, però osservando come le alterazioni dei villi vadano facendosi minori dalla superficie fetale verso la materna, per cui i più alterati sarebbero i più vicini al corion, forse perchè su di essi la pressione ha agito più a lungo e con maggior intensità; osservando che, come più sopra abbiamo detto, non è ammissibile una costante alterazione vasale perchè dovrebb'essere troppo frequente ed istologicamente non sempre dimostrata, si può dire esser probabile che dapprima si abbia la formazione di quel tessuto amorfo, originantesi come in seguito cercheremo di dimostrare; questo tessuto in via secondaria, per semplice compressione meccanica darebbe ischemia del villo e proliferazione connettivale. Come già nell'amnios anche tra i nuclei del sincizio si trovano talora, con le fissazioni in Flemming, dei piccoli granuli nerastri, di significato analogo a quelli dell'amnios.

Dobbiamo ora studiare il più importante degli elementi costituenti l'infarto: il corion e specialmente il suo epitelio.

Il connettivo di sostegno mostra in genere una struttura fibrillare, in cui le varie fibrille sono più o meno compatte. In generale i due connettivi amniotico e coriale sono addossati; spesso però mostrano delle lunghe fessure a forma fusata; così chè distaccati, sembrano riuniti da ponti connettivali a decorso obliquo. Il connettivo coriale è assai ridotto di spessore là dove più abbondante è il tessuto amorfo dell'infarto; così è ridotto dove forma la volta d'una cisti. Come già

ha notato l'Ehrendorfer, la cisti placentare posando sul tessuto placentare stesso, da una parte lo deprime, dall'altra invece solleva il connettivo coriale e l'amnios soprastante.

Ma oltre che all'assottigliamento pare anche che il connettivo coriale vada incontro ad un processo d'ipertrofia, già ammesso da Falaschi e Viti per lo stroma dei villi più superficiali compresi nell'infarto.

Quando l'epitelio coriale non è più formato da cellule distinte e riconoscibili, si nota che il connettivo rimane separato dal tessuto amorfo sottostante da una listerella più colorata, non continua, a decorso ineguale.

In questo connettivo si trovano dei nuclei, ed anche dei granuli nerastri, più o meno abbondanti.

Sostiene un epitelio, della cui origine abbiamo già detto, formato da cellule dotate di caratteristiche proprietà.

Esse non sono uniformi, ma irregolari per grandezza; accanto a grossissimi elementi se ne trovano di molto piccoli; hanno un contorno qualche volta ben delimitato, più spesso indistinto, un protoplasma abbondante, poco colorabile, in cui spesso si vedono minutissime granulazioni pure incolori: un nucleo grosso, di forma irregolare, dotato di facilissima colorabilità specie per i colori d'anilina, in cui si vedono talora uno o due nucleoli e molti granuli; il nucleo è più spesso periferico che centrale. Frequente è il trovare tra queste cellule degli speciali vacuoli, incolori, dotati di una membrana esterna assai refrangente, che coll'eosina assumono talora una leggerissima tinta rosea; oppure si può avere un nucleo grosso, vescicolare, che mal si colora, circondato da un protoplasma abbondante, pure incoloro, in cui si vedono numerose granulazioni assai refrangenti; infine spesso spesso il confine tra queste cellule è indistinto o addirittura irreconoscibile, per cui si vede una serie di nuclei grossi, irregolari, giacenti in un tessuto fibrillare, a fibrille esilissime, più o meno compatte.

Si è a lungo discusso se l'epitelio coriale fosse formato da un solo strato di cellule o da più strati. Mentre Rossmann afferma che « l'ectoderma è, e rimane ad un solo strato, » Pestalozza dimostrò in modo evidente che è possibile una proliferazione dell'ectoderma o strato cellulare.

Infatti accade frequentemente di trovare al disotto del connettivo coriale parecchie serie di cellule, coi caratteri più sopra descritti,

mentre l'amnios soprastante presenta il suo epitelio cubico ad un sol strato e i villi sottoposti, un sincizio a nuclei in un solo piano: si può quindi escludere si debba ciò sempre attribuire ad obliquità di sezione.

Questa proliferazione dell'epitelio coriale se è evidente nelle sezioni d'infarto, è evidentissima nelle sezioni di cisti placentari. In queste si trova il fondo formato da più serie di quelle grosse cellule che hanno tutti i caratteri delle cellule dell'epitelio del corion ed oltre i caratteri mostrano anche una diretta continuità con un epitelio.

Esaminando ad esempio i preparati della cisti N. 2 si trova, come si è minutamente descritto, che l'epitelio coriale abbandona il suo connettivo di sostegno, si spinge in basso a formare il fondo cistico, per risalire dalla parte opposta e continuare il suo decorso normale. La cisti è dunque tutta tappezzata da grosse cellule epiteliari e, in alto, da connettivo. Sul limite tra connettivo e cisti si trova pure qualche scarso elemento cellulare, il che mostra che forse nei primordi del suo sviluppo la cisti era completamente circondata da quelle cellule. Osservando il contenuto della cisti si trova che tra i minutissimi granuli che lo costituiscono, vi sono dei vacuoli sferici od elittici, con una specie di membranella limitante assai refrangente, vacuoli che verso il fondo cistico specialmente mostrano talora una leggera tinta rosea coll'eosina, talora invece un piccolo nucleo debolmente colorato, ma riconoscibile.

Ma v'ha di più: si disse che l'epitelio coriale mostra nei preparati del N. 2 una scissione delle sue cellule in due serie regolari, circoscriventi un piccolo spazio elittico in cui si rinvengono granuli e vacuoli identici a quelli contenuti nella grande cisti più sopra accennata. Essendo qui completo e a più strati il rivestimento cellulare, sembra probabile l'ammettere che il contenuto di queste cisti, grandi e piccole, sia una trasformazione o una secrezione delle cellule epiteliali del corion.

Seguendo l'epitelio coriale, sempre negli stessi preparati, si arriva ad un punto in cui esso è tramezzato da numerose trabecole più o meno grosse e a struttura fibrillare. Partono esse dagli strati più vicini al connettivo di sostegno e si spingono verso la superficie materna, circondando i primi villi. Su di esse si trovano i soliti grossi elementi cellulari con nuclei più pallidi e limiti poco netti; nelle lacune che formano, resti cellulari, granuli e vacuoli. Si noti che mentre

verso le membrane le trabecole sono più grosse e le lacune più ristrette, accade il contrario verso la superficie materna.

Ehrendorfer spiega la cisti come formata dalla parte sierosa del nodo d'infarto entrambe originate dall'epitelio coriale e, secondo lui, dalle cellule deciduali; Viti e Falaschi videro nella cisti « il passaggio dal contenuto liquido alla sostanza fibrinosa. » Si potrebbe quindi pensare che le lacune non siano che un primo stadio della trasformazione delle cellule coriali, e le trabecole uno stadio successivo, cioè un accenno alla costituzione di quel tessuto fibrillare amorfo che costituirà l'infarto.

Il vedere poi come sia più agevole il sorprendere la metamorfosi dell'epitelio coriale nelle placente in cui vi sono delle cisti, può essere una conferma alla interpretazione accennata, in quanto che riesce più facile sempre lo studiare un fenomeno in via di formazione anzichè a sviluppo completo, e, nel caso nostro, la cisti indicherebbe il punto di passaggio alla formazione del nodo d'infarto. Ma se è più facile il sorprendere in atto questa trasformazione cellulare nelle placente in cui vi siano delle cisti, è però possibile il vederlo anche là dove non si trovi che un nodo d'infarto, tanto più se questo nodo non ha una durezza eccessiva, ma quella consistenza che Ehrendorfer paragona all'« acqua di colla » o alla « gelatina di Warton. »

Nei preparati della serie N. 68 e 108 specialmente, mentre si vede che ad un certo punto, sotto il connettivo coriale sta subito un tessuto amorfo fibrillare, che si estende per un certo tratto e circonda anche i primi villi, seguendo il decorso del connettivo si arriva ad un altro punto in cui vicino ad esso e sul tessuto amorfo si rinvengono grossi elementi cellulari, dispersi, con nucleo piccolo e poco colorato, protoplasma abbondante, limite più o meno netto; in mezzo ad essi numerosi vacuoli contenenti dei granuli. Più in là il tessuto amorfo si fa meno stipato, costituito da fibrille circoscriventi lacune, simili a quelle rinvenute nei preparati della serie N. 2, le cellule sono più abbondanti, più colorate, e in ultimo al disotto del connettivo coriale, le cellule si dispongono in uno strato regolare, coll'apparenza caratteristica dell'epitelio.

Questa metamorfosi a cui va soggetto l'epitelio coriale, si trova più o meno accentuata, in quasi tutte le sezioni d'infarti che ebbi occasione di fare. E, senza voler essere troppo esclusivisti, pare ragio-

nevole l'ammettere che, se non unica, almeno parte importante si debba attribuire ad esso epitelio nella genesi dell'infarto. Se poi il tessuto amorfo che lo costituisce sia prodotto dalla trasformazione o dalla secrezione delle cellule epiteliali, non è facile lo stabilire. Considerando però che il nucleo è in alcune di esse più colorato, in altre meno: considerando la formazione dei vacuoli limitati da una membranella piuttosto distinta: considerando la particolare forma di granuli incolori che si trovano nelle cellule con nucleo integro, nei vacuoli e nelle cisti; e d'altra parte, ponendo mente che il nucleo non è ricco di granuli come dovrebbe scorgersi con speciali metodi di colorazione se esso si trovasse in uno stato di attività funzionale; che di granuli non se ne trovano nè nel protoplasma nè al di fuori della cellula, pare più probabile il pensare ad una trasformazione anzichè ad una secrezione, tanto più poi che qualcosa di simile accade anche delle cellule dello strato interno dell'epitelio del villo, nella costituzione della fibrina canalizzata.

La partecipazione dell'epitelio coriale nella formazione dell'infarto era già stata ammessa da Favre, Langhans, Ehrendorfer e, recentemente da Pestalozza. I primi però di questi autori, oltre ad altre cause concomitanti, come si disse, volevano vi partecipasse anche il tessuto deciduale, principalmente fondandosi sulla grande somiglianza che le cellule dell'epitelio coriale, hanno con le cellule deciduali.

Coi comuni coloranti queste due specie di cellule risultano infatti assai simili, quantunque però ad un esame minuto si scorgano già delle differenze grandissime.

Le cellule deciduali sono assai più grandi, hanno forma tondeggiante od ovale, nucleo grosso in genere centrale, con nucleoli e mostrano abbondante sostanza intercellulare. In mezzo a loro si trovano le « cellule giganti » che hanno trenta, quaranta nuclei.

Le cellule dell'epitelio del corion appaiono invece irregolari per grandezza e per forma; hanno un nucleo grosso pure irregolare, con uno o due nucleoli, scarsa, anzi, quasi mancante sostanza intercellulare, e in mezzo a loro dei vacuoli.

In base però alla loro diversa origine, e alla differente evoluzione a cui forse vanno incontro, si pensò se non vi fosse un metodo di colorazione capace di infondere a ciascuna di esse dei caratteri speciali e poterle così differenziare.

Si ricorse al metodo proposto dal Galeotti con la fucsina a 60° e il verde di metile. Dopo parecchi tentativi, per la difficoltà di ottenere sezioni sottili di tessuto placentare, specialmente della superficie fetale e per la diversa resistenza alle colorazioni che offre la placenta rispetto agli altri tessuti, ecco che cosa avrei ottenuto.

In una sostanza intercellulare piuttosto abbondante, colorita in verdastro, si trovano delle grosse cellule di forma tondeggiante o elittica o fusata. Colpisce a prima vista oltre il loro volume, la loro regolarità di forma e di grandezza e la loro disposizione quasi a mosaico. Hanno un limite netto che spicca sul fondo verde della sostanza intercellulare; un protoplasma assai abbondante, di colorito grigio ardesia e granuloso.

Il nucleo è quasi sempre centrale, qualche volta lievemente eccentrico, di rado respinto alla periferia della cellula. È assai grosso, tondeggiante nelle cellule rotonde, ovale nelle elittiche; alla periferia è vivamente colorato dalla fucsina, mentre nel centro la colorazione è più debole.

In generale presenta due nucleoli, di rado più, e numerosi granuli più abbondanti alla periferia che al centro; nucleoli e granuli sono intensamente colorati in rosso vivo.

In mezzo a queste cellule si trovano le così dette cellule giganti. Queste hanno limite netto, protoplasma scarso, tinto leggermente in rosso, assai granuloso: contengono da 3 sino a 40 nuclei, assai colorati, grossi, con un sol nucleolo e numerosi granuli.

In alcune di queste cellule non si scorge il nucleo e il protoplasma appare assai più granuloso del normale.

La sostanza intercellulare, abbondante, è formata da fibrille compatte.

Per studiare le cellule dell'epitelio del corion usai una placenta a perfetto termine, in cui, su la superficie fetale v'era un nodo d'infarto in parte ricoperto da una cisti limpidissima. Seguendo l'identico metodo usato per le cellule deciduali, ecco che cosa si otterrebbe.

Al disotto del connettivo coriale, colorato in verde chiaro, sta una scarsissima sostanza intercellulare, pure colorata in verde, rappresentata da esili fibrille che delimitano una cellula dall'altra. Le cellule così distinte sono per forma e grandezza assai irregolari: la forma tende alla tondeggiante, ma più spesso alla poligonale.

Il protoplasma della cellula è incoloro, assai abbondante, qualche volta traversato da esilissime fibrille verdastri, o cosparso da minute granulazioni. In questo protoplasma si contiene un nucleo più o meno grosso; irregolare per forma, difficilmente centrale, quasi sempre periferico; vivamente colorato in rosso cupo tanto da riuscir difficile il rilevare la sua intima struttura, però talora si discerne uno o più nucleoli, e numerosi granuli. In mezzo a queste cellule si trovano degli ampi vacuoli, o perfettamente incolori o contenenti un finissimo reticolo verdastro. In un certo punto la struttura cellulare è poco appariscente, e si vede un tessuto fibrillare, piuttosto compatto, verde, in cui stanno numerosi nuclei, un po' meno colorati e assai deformati; il passaggio da una zona all'altra non è brusco, ma graduale.

Trattandosi di una colorazione che forse per la placenta non è stata mai usata, può essere non superfluo il descrivere l'apparenza che per essa assumono i villi.

I nuclei del sincizio appaiono colorati in rosso non molto intenso, regolari, uniformi e assai ricchi di granuli: son circondati da un tessuto plasmodiale assai abbondante e colorito in rosso cupo. Tra questi nuclei se ne vedono altri disseminati irregolarmente, in numero esiguo, tondeggianti, coloriti in rosso vivacissimo.

Lo stroma del villo si colora pure in verde, mentre i nuclei connettivali assumono un colorito rosso. Dispersi nello stroma, specialmente in quei villi in cui esso si mostra non compatto ma a struttura reticolata, si trovano numerosissimi granuli.

All'interno del sincizio fu possibile il trovare qualcuna di quelle cellule dello strato interno dell'epitelio del villo, che, per tutti i caratteri, appaiono identiche a quelle dell'epitelio del corion.

Volendo ora riassumere e trarre delle conclusioni, mi pare che queste si potrebbero così formulare:

1) L'infarto bianco della superficie fetale della placenta è frequentissimo: in 200 placente esaminate, due sole volte non fu possibile porlo in evidenza.

2) Nelle placente sane, in cui non si rinvennero che infarti di questo genere, le alterazioni vasali non erano tali da poterne da sole spiegare la genesi.

3) All'infarto spesso si accompagnano delle cisti placentari, sia isolate, sia sovrapposte all'infarto.

4) Il metodo di colorazione con la fucsina e il verde di metile dà modo di differenziare oltre che per la forma anche per la colorazione, le cellule deciduali dalle cellule dell'epitelio del corion.

5) Con questo metodo sembra non si trovino mai nè all'interno nè alla periferia di un nodo d'infarto, cellule che rassomigliano alle deciduali.

6) Le cellule dell'epitelio del corion mostrano dei vacuoli che stanno ad indicare una loro trasformazione o una secrezione.

7) Il tessuto amorfo che circonda i villi sembra prendere sempre origine dall'epitelio del corion.

8) Le cellule dell'epitelio del corion mostrano spesso una ricca proliferazione disponendosi in più strati.

9) I villi circondati da tessuto amorfo perdono il sincizio, tendono a confluire e si nota un aumento del connettivo.

10) Per la frequenza, per la struttura, per la genesi non si deve attribuire all'infarto bianco della superficie fetale della placenta alcun carattere patologico.

BIBLIOGRAFIA.

(1) Kölliker. « Entwickelung's geschichte. » II Auf., 1878, pag. 350.
(2) Virchow. « Würzburger Abhandlungen, » pag. 158, pag. 135.
(3) Klebs. *Virchow's Arch.*, Bd. 38, pag. 209, 1867.
(4) Mayer. *Virchow's Arch.*, vol. 45, pag. 305.
(5) Kuestner. « Zur Anat. des Weissen Infarktes der Placenta. » *Virchow's Arch.*, vol. 106, 1886.
(6) Favre. « Ueber den Weissen Infarkt der menschl. Placenta. » *Virchow's Arch.*, Bd. 120.
(7) Steffeck. « Der Weisse Infarkt der Placenta. » Wiesbaden, 1890.
(8) Cioja. « Contributo allo studio dell'infarto bianco della placenta. » Genova, 1892.
(9) Langhans. « Untersuchungen über die Menschliche Placenta. » *Arch. für Anatomie und Entwickelungsgeschichte*, 1867, p. 214.
(10) Ackermann. « Die Weisse Infarkt des Placenta. » *Virchow's Arch.*, vol. 96, 1884.
(11) Ehrendorfer. « Ueber Cysten und Cystoide Bildungen der menschlichen Nachgeburt. » Leipzig und Wien, 1893.
(12) Falaschi. *Atti dell'Accademia dei Fisiocritici di Siena.*
(13) Pestalozza. « Sul significato patologico degli elementi coriali e sul così detto *Sarcoma deciduo cellulare.* » *Ann. d'Ost. e Gin.*, anno XVII, Novembre 1895.
(14) Cuzzi. « Trattato d'ostetricia e ginecologia. » Milano, Vallardi.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

Figura I. — Un gruppo di cellule deciduali.

Placenta a termine. Colorazione con metodo Galeotti. Reichert Oc. 4, Obb. 8.

Figura II. — Segmento di epitelio coriale. Pezzo tolto in prossimità ad una cisti placentare subcoriale.

Placenta a termine. Colorazione con metodo Galeotti. Reichert Oc. 4, Obb. 8.

Figura III. — Sezione in prossimità ad una grossa cisti ed infarto concomitante.

L'epitelio coriale si sdoppia a formare una piccola cisti. Più avanti si risolve in numerose trabecole tra cui si vedono residui cellulari e vacuoli. In basso le trabecole si raggruppano a formare un tessuto amorfo piuttosto compatto.

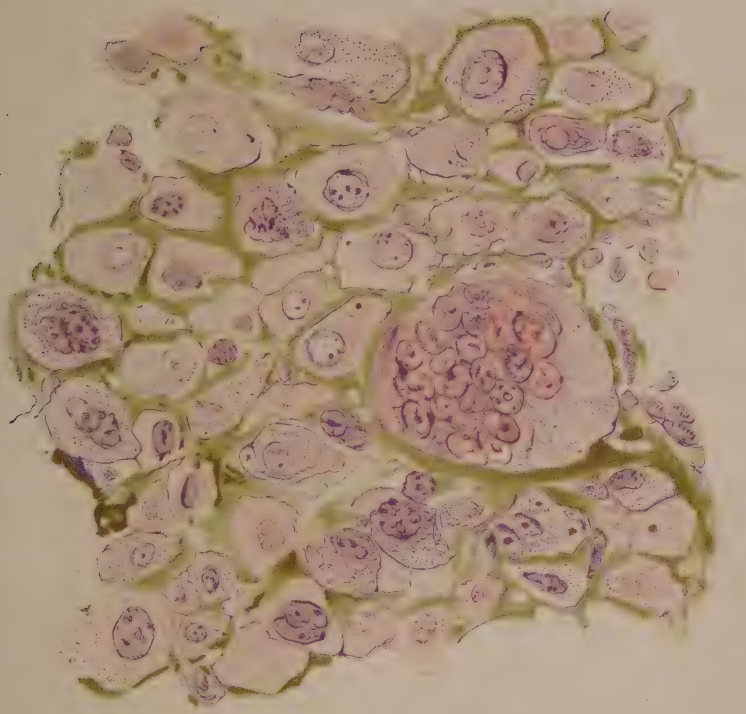
Placenta a termine. Coloraz. con Hämalaun-Eosina. Reichert Oc. 4, Obb. 4

Figura IV. — Sezione di un nodo di infarto.

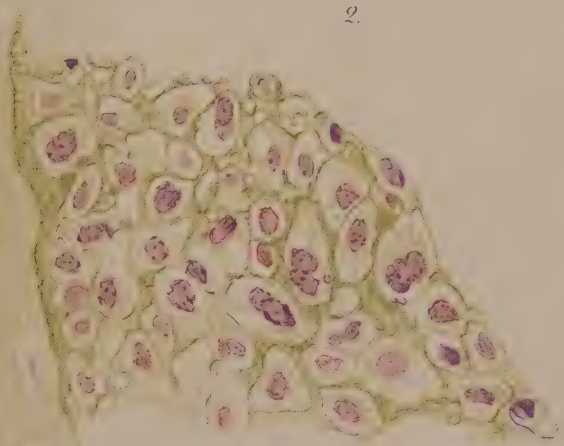
Dalle cellule dell'epitelio coriale si origina un tessuto fibrillare amorfo che si spinge a circondare i villi più prossimi. Questi hanno perduto il loro sincizio.

Placenta a termine. Coloraz. con Hämalaun-Eosina. Reichert Oc. 4, Obb. 4.

1.

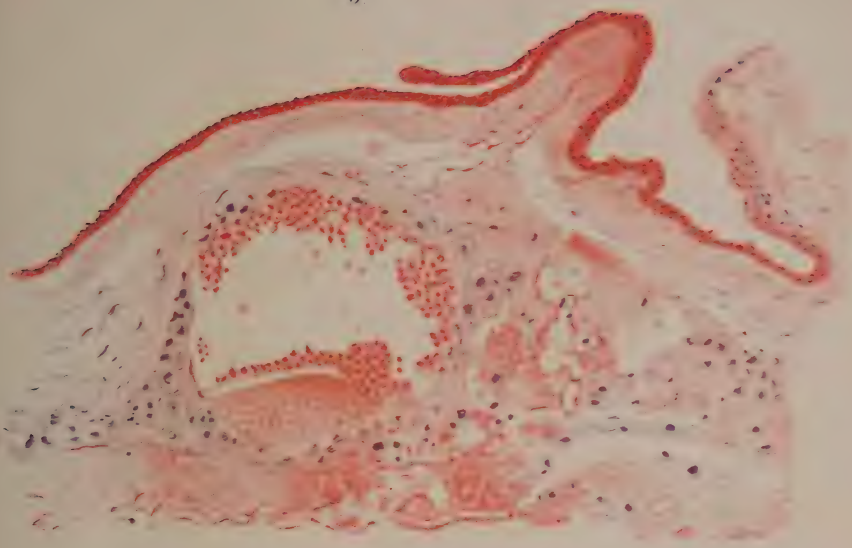


2.

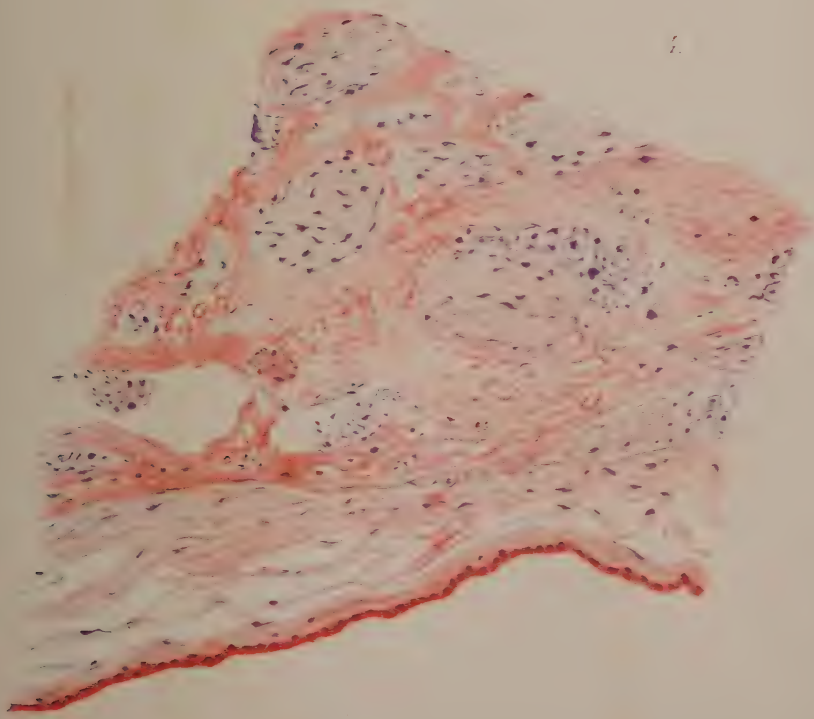


COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
20 SEP 97
LIBRARY

3



4



ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
20 SEP 97
LIBRARY

Dott. CARLO DECIO

MOSTRUOSITÀ FETALE INEDITA
OSSERVATA NEL SECOLO XVI

DOCUMENTO PER SERVIRE ALLA STORIA DELLA TERATOLOGIA

Nella classificazione dei mostri doppi addottata dal prof. Cesare Taruffi nella sua pregiata « Storia della teratologia » (1) troviamo la varietà del *Dipus tribrachius*, sottoclasse dei Somato-catagonioidi della grande branca dei Dicefali-Somato-pagi. L'illustre teratologo bolognese pur ammettendo che assai più numerosi dei feti con quattro braccia, sono quelli che pur avendo due gambe, posseggono soltanto tre braccia e due teste, non potè riunire in una tabella che 31 osservazioni fino ad ora conosciute, la prima delle quali in ordine cronologico appartiene a Celio Rodigino, che « essendo un filologo e non un medico riferì il fatto come meglio poteva. »

« Is vero Infans fuit biceps, multa in eo mira. Primum quadrimestris maguitudo, membra omnia cum proceritate responsum habentia, absoluta, amussitataque. Facies utraque similitudinis propè indiscretæ. In Capitibus crines aliquanto longiores, ac nigricantes. Inter utrumque caput ex collimitio humerorum tertia surrigebat manus, sed quæ aures longitudine non excederet, nec integra visebatur omnino. Reliquum Corpus prorsum bene compactum, ac citra ullam maculæ fœditate. Natus est quinto Idus Martias, Anno nati Verbi Millesimo quingentesimo quarto ac decimo. Postridie allatus Rhodigium est. Quia vero visenda res erat, placuit mitti ad Hispaniorum Ducem, qui in Vicaria Regis fungebat potestate. Id vero ut citra putredinis timorem posset

(1) Bologna, R. Tipografia, 1882, Parte I.ª, Tomo II.º, pag. 439 e seg.

obire, Exenterare praemortuum necesse fuit. Inibi ergo mirum aliud, Cor quidem simplex, ut assolet, at. Jecur duplex, sicuti et Lien » (1).

La seconda osservazione dell'accennata tabella appartiene ad Emmen Andr. e rimonta all'anno 1627; seguono le altre sempre in ordine cronologico, per arrivare alla XXXI di Brockes, R. Professore del Collegio Reale di Londra, pubblicata nel 1878.

Frequentando l'Archivio di Stato della nostra città per alcune ricerche storiche sulla medicina milanese, volle la fortuna che dall'egregio sig. dott. Adriano Cappelli, che ancora ringrazio, mi fosse cortesemente additata la esistenza di un documento di cui credo interessante la pubblicazione, non tanto per le peculiarità intrinseche del caso, narrato tuttavia con diligenza, quanto per arricchire la storia della teratologia di una osservazione di *Dipus tribrachius*, di degnissima fede, ad onta della sua relativa antichità.

Il documento in parola è costituito da una lettera autografa di un tal Alessandro Valleneriæ da Casalmaggiore, indirizzata ai 15 di Novembre 1531 a Francesco II Sforza, duca di Milano, figlio secondogenito di Lodovico Maria, detto il Moro, ultimo infelice rampollo della dinastia milanese, che consumato da lungo malore si spegneva nel fiore degli anni al 1.° Novembre 1535 senza legittimi eredi (2).

Ecco come è descritta l'umana mostruosità:

Ill.mo et Ex.mo S.r mio Singull.mo

Per non manchar de fare intender a v. Ex.tia uno novo casso accaduto in questo loco di Casal mazore, gli notifico come hieri che fu alli XIIIj di questo fra le XX et XXI hora, una Giovine de añi XVIIj

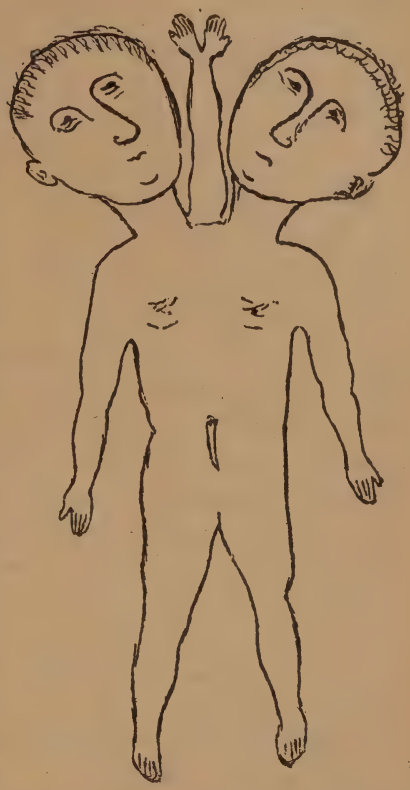
---

(1) Lodovici Caelii Rhodigini. « In Antiquarum lectionum libros, etc. » Venetiis in ædibus Aldi, et Andreae soceri. Februario MDXVI. La citazione del prof. Taruffi è inesatta rispetto all'edizione Aldina, imperocchè l'osservazione invece di essere al t. III, lib. XXIV, capo III, è esposta al lib. XIII, capo III, pag. 665.

Il caso di Rodigino fu pure riportato da Fortunio Liceto. « De Monstris. » Patavii, MDCLXVIII, lib. II, cap. XXX, pag. 127 (non che nelle edizioni anteriori), offerendo anche il disegno della mostruosità, che a dir vero è uno dei pochi verosimili, e nel quale l'incisore delle tavole non si lasciò trasportare da soverchia fantasia. Aggiunge il Taruffi che tale mostruosità fu mal figurata da Licostene (« Prodigiorum Chronicon. » Basilæ, 1557, pag. 519, anno 1514), e che la sua storia fu altresì alterata da Pareo nel riferirla.

(2) Archivio di Stato di Milano: Sezione storica. — Miscellanea. — Singolarità e Bizzarrie.

maritata, che mai non haveva facto figliolli, parturite una creatura femina cum due teste luna come laltra, tute due goardanti inanti cum due golle separate luna da laltra, qualle usivano du un sol busto cum due braci et mani et due gambe et piedi: et sul cimo di le spalle dove terminano col collo, fra luno et laltro collo de drieto, havea uno brazo compito et come uno de li altri, ma cum due mane in capo del brazo dispicate luna da laltra compite cum cinq. dite per mane et le palme si goardavano lune cum laltra. El busto et membri longhi et grossi a bona proportione, le teste havevano tuti li suoy membri ben proportionati e capelli longhi un dito. Mando a v. Ex.tia qui incluso al retracto secondo lho potuto far qua, chè non vi sono magistri al proposito.



El brazo cum due mani vene fora prima et se moveva de modo che la obstetrice lo baptizò secondo il solito loro, et nel tirar si spicò nel cubito. El resto vene poi fuora tuto intrego, ma morto. Io lho veduto ben per suttile et lo descrivo secondo era per propria veritade. La matre non ha perho più malle come se habino le altre done [che] parturischano insino aquì: sta nel borgo de S.to Frañc et è moglie de uno tintore. Il che per essere cossa insolita ho volsuto significare alla prefata Ill.ma v. Ex.tia im bona gratia di laqlle di continuo humillissimamente mi racomando: da Casal mazore alli XV de Novemb M.D.XXXI.

Ejusdem Ill.mæ et Ex.mæ D. V.
Humillissimus S.tor ALEXANDER VALLENERIÆ.

a tergo

Allo Ill.mo et Ex.mo Principe
il Signor Duca de Milano S.r mio Singul.mo
in Milano cito
cito.

Tanto il rozzo disegno (1), quanto la corrotta lingua onde è stesa l'epistola di cui ho conservata la testuale ortografia, a tutta prima non lascerebbero credere appartenere lo scritto all'epoca di quell'aurea rinascenza delle lettere e delle arti, celebrata dal pennello del Sanzio e del Buonarroti e dalle stanze del Tasso e dell'Ariosto, ma ciò non deve recare soverchia meraviglia, conciossiachè lo stile epistolare dell'epoca vestiva presso che sempre una simile disadorna fisionomia.

E chi mai poteva essere questo Alessandro Valleneri, che con una lettera di tal genere dimostrando una certa quale dimestichezza coll'ultimo rampollo di casa Sforza, si sottoscriveva semplicemente come humillissimus servitor?

Il documento volle essere troppo discreto su questo punto, ma certo non fu nè un medico nè un filosofo, poichè da una lettera del Duca diretta ad Alessandro Valleneri, noi apprendiamo come questi fosse Vice-pretore di Casalmaggiore. A me basta aver reso noto il caso, che in linea cronologica vuole essere annoverato subito dopo quello di Celio Rodigino; che parmi interessante oltre che pei suoi dettagli anche per essere il feto di sesso femminile, e che infine portando al numero di trentadue le osservazioni di *Dipus tribrachius* fino ad ora conosciute, ha altresì il pregio di crescere il numero delle osservazioni italiane (2).

---

(1) La figura, acclusa nella lettera in foglio separato, fu riprodotta colla fotozincotipia a un quarto di grandezza.

(2) Delle 31 osservazioni raccolte dal Taruffi oltre la prima di Rodigino, quattro altre appartengono alla letteratura italiana, cioè quella di Richa Carlo (« Morboruum historia. » Aug. Taurinorum, 1722, pag. 149), quella di Sormani Gio Batta (« Della natura dei mostri. » Lucca, 1747), quella di Nannizzi Domenico prof. in Lucca (« Raccolta di opuscoli scientifici d'Augusto Calogerà. » T. XXXIX, Venezia, 1748), ed infine l'ultima di Galletti Vincenzo (*Giornale della R. Accad. di Medicina di Torino*, serie II, vol. XLI Torino, 1861).

RASSEGNA

W. ARMSTRONG. — **The latent gout of the menopause** *(La gotta latente della menopausa).* — *Med. of. the Brit. Gyn. Soc. Thursday,* Nov. 96.

Studiando attentamente molte pazienti all'avvicinarsi della menopausa, l'A. vide presentarsi or l'uno or l'altro dei seguenti sintomi: insorgenza d'obesità con indebolimento muscolare, letargia mentale e corporale, gonfiezza delle mani e dei piedi, affanno di respiro, debolezza cardiaca, sonno interrotto, irrequietudine, torpore generale, senso di stanchezza al mattino, dispepsia, emicrania, nevralgie, ecc.

In quasi tutti i casi vide la quantità dell'urina inferiore alla norma, salvo di tempo in tempo l'emissione di grandi quantità d'urina chiara, di basso peso specifico. Nell'urina abituale il peso specifico era superiore alla norma, v'era spesso eccesso d'urati e d'acido urico. Per lungo tempo l'A. s'attenne all'idea comune che si trattasse qui di disturbi nervosi da combattersi coi bromuri, colla valeriana e simili. Ma poi pensò che come molti di questi disturbi s'avevano in persone sofferenti della così detta forma nervosa di gotta, così un'eventuale cura diretta in questo senso potesse recare qualche giovamento. I risultati superarono l'aspettativa.

Il fatto ammesso da tutti che disturbi del sistema nervoso possono favorire l'insorgere di eccessi gottosi e dall'altra parte il fatto della ricca innervazione simpatica dell'ovaio e dell'utero, ci possono spiegare benisssimo come le funzioni digestive e di assimilazione, poste sotto il controllo diretto del sistema nervoso, possano essere alterate per l'insorgere delle modificazioni profonde che si hanno in tale sistema nel periodo della menopausa.

La cura deve essere in ciascun caso guidata da criteri speciali. Indicazioni generali sono: 1.° eliminare i prodotti alterati del sangue, per la via dei reni, dell'intestino e della pelle (favorire la diuresi, bagni a vapore ecc.) — 2.° disperdere i prodotti morbosi accumulati negli spazi linfatici e nei muscoli (massaggio) — 3.° migliorare lo stato del sistema nervoso con riguardo speciale alla sua porzione simpatica (faradizzazione generale, massaggio elettrico ecc.) Un'attività muscolare ben regolata (montare a cavallo, in bicicletta ecc.) è eccellente.

Per ciò che riguarda la dieta dove si aveva un eccesso di formazioni di acido urico, era uso comune di ridurre grandemente l'introduzione di elementi azotati. L'A. crede che i migliori risultati si potranno invece avere diminuendo l'introduione degli idrocarburi. L'alcool deve essere evitato per quanto è possibile.

Dacchè l'A. nella cura di simili casi, partì dal punto di vista che i sintomi

sopraindicati fossero causati da ritenzione d'eccesso di acido urico, dovute ad alterazioni nervose (collegate coi cambiamenti avvenuti nell'ovaia e nell'utero) i risultati ottenuti furono assai migliori che non colle cure antecedenti a base di bromuri, valeriana e simili. L. Negri.

F. EDGE. — **Fibromyomatous Uterus removed by Doyen's Method of Pan-Hysterectomy** *(Utero fibromiomatoso rimosso col metodo di Doyen di isterectomia totale). — Meeting of the British Gyn. Soc. Thursday,* Dec. 10, 1896.

L'A. avendo seguito tale metodo due volte e con buon risultto, dà un breve schizzo dei vari momenti dell'operazione: pone l'ammalata nella posizione di Trendelenburg, aperto l'addome e snucleato l'utero attraverso la breccia, sulla guida d'nn propulsore introdotto dalla vagina, incide in corrispondenza dello spazio del Douglas ed apre dal fornice posteriore la vagina. Afferra con una pinza uncinata il labbro anteriore del collo uterino e lo trae in alto: incide la mucosa vaginale tutt'attorno al collo, scolla ottusamente col dito la vescica: quindi facendo afferrare, prima la base del legamento largo destro, poi quella del legamento di sinistra, dalle dita d'un assistente, taglia il legamento stesso il più vicino che può alla massa da esportare, così da lasciare la tromba, l'ovajo ed un lembo libero del peritoneo e della capsula del tumore uterino.

I lembi sono larghi abbastanza per riformare il pavimento pelvico e ne avanza ancora. Fatta per trasfissione una doppia legatura dei monconi dei due legamenti larghi, rimuove la tromba e l'ovajo, oppure, secondo il caso, li lascia in sito. Chiude gli spazi retto vaginale e vescico vaginale suturando il peritoneo alla parete vaginale. Abbassa quindi i lembi peritoneali, tirando sulle legature, e pone una sutura di catgut che gira tutt'attorno il peritoneo, l'annoda e trae anch'essi in vagina. Il pavimento pelvico è così già tutto ricoperto da peritoneo e chiuso.

Per maggior sicurezza pone un dito al disopra un'altra simile sutura, circolare, annodata la quale il peritoneo resta sicuramente separato dalla vagina, nè sangue od altro fluido qualsiasi può entrare nel cavo addominale. Porta quindi la donna nella posizione orizzontale e fatta la toelette peritoneale chiude la breccia addominale. L. Negri.

BERGMANN. — **Das multiloculäre Kystom des Netzes** *(Il cistoma multiloculare dell' epiploon). — St. Petersburger medicinische Wochenschrift,* 1897, N. 3.

L'A. fa notare la estrema rarità di questa forma morbosa, e ricorda il caso di cistoma multiloculare dell' omento pubblicato da Schwarzenberg. Il cistoma

multiloculare dell'omento si presenta con sintomi affatto simili a quelli del cistoma ovarico differenziandone solo perchè non determina spostamenti dell'utero, e perchè il tumore non può essere spinto profondamente nella pelvi, sintomo quest'ultimo però di scarso valore. Per la diagnosi differenziale si devono poi aver presenti il sarcoma del mesentere e la peritonite tubercolare. Nel caso che l'A. riferisce, la diagnosi non potè essere precisata, malgrado la puntura esplorativa, colla quale in due riprese si estrassero cm. c. 6400 di un liquido emorragico. L'addome a livello dell'ombelico misurava 108 cm. di circonferenza. Si intervenne colla laparotomia. Inciso il peritoneo, ed uscito scarso liquido ascitico chiaro, apparve un tumore cistico, mobile e pressochè libero nei lati in basso e posteriormente; svuotatolo in gran parte del suo contenuto, lo si trasse fuori, mettendo così allo scoperto la sua tenace aderenza colla grande curvatura dello stomaco in vicinanza al piloro. Il tumore viene liberato da questa aderenza con una resezione della parete gastrica, la quale viene poi riunita con sutura a tre strati. L'esame del campo operatorio mostra che del grande omento esistono solo i monconi allacciati sul colon trasverso e sulla grande curvatura dello stomaco. Il decorso post-operatorio fu affatto regolare. Il tumore era costituito da un cistoma multiloculare nel quale si contenevano 9 litri di liquido chiaro gialliccio, e liquido sanguinolento soltanto nella cavità aperta colla puntura attraverso le pareti addominali. Al polo superiore la parete gastrica era immedesimata col tumore su un vero processo neoplastico carcinomatoso, senza partecipazione però della mucosa gastrica.

RESINELLI.

A. GOENNER. — **Ueber den Einfluss einseitiger Castration auf die Entstehung des Geschlechts der Frucht** *(Influenza della castrazione unilaterale sull'origine del sesso del feto). — Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie,* XXXIV, pag. 254.

Il Goenner riferisce in questo lavoro i risultati di alcune sue ricerche istituite allo scopo di controllare una curiosa pubblicazione di Seligson sulla determinazione e sull'origine del sesso del feto. Il Seligson dall'asserto ippocratico: « Foetus mares quidem in dextris, foeminae vero in sinistris magis, » dedusse che dall'ovaio destro derivassero germi maschili, dall'ovaio sinistro germi femminili, ed istituì in proposito ricerche sperimentali. Da queste avrebbe trovato che le coniglie castrate a destra producevano feti femmine e che le coniglie castrate a sinistra producevano feti maschi: raccolti poi 19 casi di gravidanza tubarica nella donna, avrebbe trovato che sempre nella tuba destra si trovò un maschio, nella sinistra una femmina. Quest'ultima osservazione nell'uomo venne tosto contradetta da Gessner, sia per le gravidanze tubariche, sia per parti in seguito ad ovariotomia unilaterale, sia per l'esame delle sede del corpo luteo, in 45 autossie di puerpere.

Il Seligson andò anche più oltre e sempre partendo da asserti ippocratici interpretati a modo suo, volle dedurne che anche nel maschio, il testicolo destro producesse germi maschili, il sinistro germi femminili, ed in base a ciò diede norme per le opportune giaciture. Il Goenner consultando i registri dell'Istituto anatomo-patologico di Basilea, trovò che di 34 donne morte in puerperio, 12 che avevano avuto neonate femmine presentavano il corpo luteo 8 volte a sinistra, 4 volte a destra, e 22 che avevano partorito feti maschi presentavano il corpo luteo vero 11 volte a sinistra, 11 volte a destra. E pure contraria alle osservazioni di Seligson furono le autossie di 3 gravide ed il parto di una donna operata di ovariectomia unilaterale. Istituite esperienze sugli animali castrando unilateralmente tanto le femmine quanto i maschi, si ebbero pure risultati affatto contrarii. La teoria di Seligson risultò quindi errata tanto per l'uomo quanto per gli animali.

RESINELLI.

BIBLIOGRAFIA

NIL FILATOW (Università di Mosca). — **Lezioni sulle malattie infettive dell'infanzia.** — Seconda edizione, 1897; trad. in tedesco da L. Polonsky (Vienna, 2.° ediz., J. Safar).

In questa seconda edizione dell'opera del Filatow appare ancora più evidente il fatto che *l'autore è riuscito a dare un quadro clinico completo, chiaro e conciso delle singole malattie infettive dell'infanzia.* È curata in modo speciale la diagnosi differenziale delle forme tra loro affini. Sono pregevolissime le *norme terapeutiche*, e veramente preziosi i *consigli pratici* che l'esperienza consumata dell'autore largisce al lettore a piena mano.

In questo libro di patologia medica (che si legge con un vero diletto, e che è improntato alle *più moderne viste* della scienza medica), sono a mio avviso notevolissimi i capitoli dove si parla della diagnosi della così detta rachitide acuta, quello della diazo-reazione dell'urina nel tifo, quello delle nuove ricerche sul sistema nervoso e sulla difterite, quello dove si parla dell'esantema di Manning nella scarlattina, e quello dove si parla delle proprietà dell'urina nella pertosse.

CIOJA.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIX. Settembre 1897. Num. 9.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
11 OCT 97
LIBRARY

ISTEROPESSI E GRAVIDANZA

TESI DI LAUREA (FIRENZE)

DEL

Dott. EMILIO BORALEVI

Fino da quando furono ideati i vari metodi di fissazione in avanti dell'utero, come cura degli spostamenti indietro di questo viscere, subito si mossero varie obiezioni a questi metodi e i ginecologhi si divisero in due categorie: quelli che dovendo intervenire preferivano la via vaginale, e quelli invece che a questa anteponevano la via addominale. Da alcune complicanze, che furono poi osservate nella gravidanza e nel parto in donne che avevano subìto questo trattamento, sorse e prese consistenza l'idea che, questa operazione, se corrispose allo scopo pel quale fu eseguita, abbia un effetto funesto nelle gravidanze e parti successivi all'operazione. Come suole sempre avvenire, si esagerò da alcuni al segno di affermare che questo intervento debba essere bandito dalla pratica ginecologica, come quello che esporrebbe la donna a pericoli maggiori ai vantaggi che ne ritrarrebbe.

Poichè debbo alla gentilezza del mio egregio maestro prof. Pestalozza, il quale mise a mia disposizione il materiale della sua Clinica, l'aver potuto seguire anche nel loro esito remoto alcune donne da lui operate di fissazione dell'utero, cercherò, servendomi anche del materiale fin qui conosciuto nella letteratura, di vedere se le obiezioni mosse all' isteropessia siano o no giuste; e in quest' ultimo caso se si debba preferire l' intervento per la via vaginale o per la via addominale. Mi occuperò solo della azione di questo metodo di cura sulla gravidanza e parto, poichè le altre obiezioni sono d'importanza pratica molto minore.

Possiamo in primo luogo domandarci se, questa posizione forzata che diamo all' utero favorisca od ostacoli la concezione. Poichè nella ventrofissazione l'utero viene ricondotto quasi nella sua posizione fisio-

logica, possiamo subito dire che per questa ragione, anzichè opporsi all'effettuarsi di una gravidanza, la faciliterà; infatti le gravidanze successive a quest'operazione sono frequenti. Non si hanno invece le stesse condizioni nella vaginofissazione, poichè in essa l'utero non è in posizione normale, ma è trattenuto in una antiflessione esagerata, che di per sè può essere causa di sterilità. Oltre a ciò per questa cagione le tube, secondo Mackenrodt (1), verrebbero ad essere ripiegate, menomando ancora la possibilità di un concepimento. Martin non vide mai avvenire la gravidanza dopo le sue colpotomie. Però per quanto menomata la potenza di concepire, pure i casi di gravidanza dopo la vaginofissazione sono avvenuti in abbondanza. Onde ci possiamo proporre il quesito: che cosa avviene di un utero vaginofissato che sia divenuto gravido?

Le condizioni anatomiche di un utero trattato con questo mezzo curativo sono differenti a seconda che la fissazione è stata praticata col metodo transperitoneale o col metodo intraperitoneale. Nel primo caso le aderenze che si sono formate sono sieroso-sierose e più valide che di solito per la partecipazione della vagina alla cicatrice, possono lasciarsi distendere e permettere all'utero di espandersi; esiste inoltre, per quanto diminuito, un cul di sacco vescico-uterino sul quale esercitandosi la pressione addominale si può cominciare ad avere un certo distacco delle aderenze. Nella fissazione intraperitoneale invece le aderenze sono fibroso-fibrose, quindi di natura cicatriziale e però validissime e pochissimo estensibili [Smith (2)].

L'utero divenuto gravido eserciterà ben presto una trazione sul punto dove fu fissato e o riescirà ad allungare le aderenze o no. La trazione sulla cicatrice potrà portare, come osservò Dührssen, a dolori in essa o a disturbi vescicali.

Quando l'allungamento delle aderenze non avvenga, si potrà avere una dilatazione compensatrice delle parti libere dell'utero (parete posteriore e laterali). Se nemmeno avviene questo compenso inevitabilmente si avrà allora l'interruzione della gravidanza. Dührssen ebbe il 25 0[0 di aborti, Weberstedt il 27 e così molti altri. Assai frequente-

---

(1) A. Mackenrodt. « Kritische Bemerkungen ueber Vaginofixation und Geburt. » *Monatschrift für Gebürtshülfe und Gynäkologie*, November 1895, Band II, Heft 5, pag. 350.

(2) J. Greigh Smith. « Is the apposition of Peritoneum to Peritoneum a surgical error? » *Brit. Med. Jour.*, 5 Jan. 1895, S. 1.

mente dunque avviene l'interruzione della gravidanza nell'utero fissato alla vagina. Non sempre però viene in scena l'aborto, anzi, la maggior parte delle volte (75 0|0 circa) la gravidanza progredisce ed allora si possono dare due casi: o lo sviluppo dell'utero colle sue trazioni distacca le aderenze fra questo e la vagina ed in ciò è anche aiutato dall'attività della vescica, oppure permane la vaginofissazione e col proseguire della gravidanza l'utero si sviluppa nelle parti libere. La trazione dell'utero certamente si eserciterà anche sulla parte fissata e sulla parete vaginale la quale verrà perciò ad essere assottigliata.

Nel primo caso, l'utero che è tornato libero o quasi, ma che certo ha acquistata molta mobilità potrà svilupparsi completamente, la gravidanza decorrerà senza inconvenienti e il parto avverrà senza gravi ostacoli, eccetto quelli che possono derivare dalla cicatrice vaginale che si lascerà distendere con difficoltà. Nell'altro caso le cose non procedono così bene. In questi ultimi tempi furono osservati dei casi nei quali durante il parto si ebbero inconvenienti tali, da far seriamente pensare se, in seguito debba essere ancora praticata la fissazione vaginale dell'utero in donna ancora in grado di concepire e da felicitarci se, come dice Strassmann, dopo una vaginofissazione si riproduca una retroflessione mobile nella donna che è ancora nel periodo sessuale.

Si osservò che la parete anteriore dell'utero aderiva talmente alla vagina da non potere seguire l'evoluzione dell'organo. Si ebbe invece uno sviluppo anormale della parete che si sfiancò e si sviluppò a guisa di sacco, in modo che durante il travaglio la parte presentata si trovava incappucciata in essa rendendo impossibile il parto spontaneo.

Il trovarsi poi in questi casi, per l'antiflessione forzata dell'organo, l'orificio uterino in dietro e in alto, rese molto difficili alcuni atti operativi e alcune volte si dovette ricorrere al taglio cesareo e anche questo non sempre con buon esito, perchè già era avvenuta la gravissima complicazione della rottura dell'utero e della vagina.

Brevemente riassumerò i casi di ostacolo al parto in uteri vaginofissati, fin qui conosciuti nella letteratura:

Velde (1), il 21 Ottobre 1895, riferì alla Società dei Medici della Carità, sopra un caso di assoluto impedimento al parto dopo la fissazione dell'utero.

---

(1) VELDE. *Berl. klin. Woch.*, 1895, N. 36, pag. 793, citato dal Graefe.

Donna di 38 anni. Aveva già avuta una gravidanza con parto normale. Operata nell'Ottobre 1893 di vaginofissazione. Ai 21 Giugno 1895 giunge al termine di una gravidanza. 24 Giugno rottura del sacco. Procidenza del funicolo, feto morto. All'esplorazione orificio in alto e indietro. Al davanti della vagina come in un cappuccio d'utero la testa fetale. All'orificio uterino impegnata una spalla. Impossibile il rivolgimento, vien praticato il taglio cesareo demolitore. Cavità addominale ripiena di sangue. Un' ora e mezza dopo, morte.

All'autopsia, lacerazione che dalla vagina conduceva nella cavità addominale larga tanto da poter essere attraversata da un dito. Da questa era avvenuta l'emorragia mortale.

Graefe (1), riferisce il seguente caso:

Donna che aveva già partorito due volte. Per i disturbi di una retroflessione il 6 Maggio 1894 vaginofissazione alla Mackenrodt. Decorso post-operatorio buono, i dolori però rimasero. 30 Dicembre 1894, ultime mestruazioni. Dolori vivi durante il secondo mese di gravidanza. Il 1.° di Ottobre fu praticato un esame che dette il seguente risultato: utero al di sopra dell' ombelico, addome disteso trasversalmente, feto in posizione trasversa. Orificio uterino molto in alto e indietro, segmento inferiore molto disteso e sfiancato in avanti come in un cappuccio. Impossibile il rivolgimento per manovre esterne.

Il 2 Ottobre attacchi eclampsici. Orine albuminose, orificio poco dilatato. Utero contratto tetanicamente. Taglio cesareo conservatore. Il taglio cadde sulla parete anteriore (tenuta in basso dall'adesione vaginale), sul fondo e sulla parete posteriore dell'utero. Guarigione.

Strassmann (2), ebbe occasione di assistere nel parto due donne operate di celiotomia vaginale e fissazione.

Nel primo caso si trattava di una donna di 25 anni che aveva già avuti 4 parti spontanei. Operata il 5 Aprile 1894, per retroflessione fissa, di vaginofissazione da Dührssen. 11 Giugno ultime mestruazioni. Durante la gravidanza forti dolori, specie al 7.° mese. Nelle altre gravidanze mai dolori. Il 29 Marzo 1895, inizio del travaglio; 30 Marzo rottura del sacco, procidenza del funicolo, feto in presentazione trasversa. Orificio uterino in alto e indietro. Parete anteriore della vagina concresciuta con uno sfiancamento della parete anteriore dell'utero e cacciata molto in basso. Rivolgimento difficilissimo per la ristrettezza

---

(1) Graefe M. « Ueber schwere Geburtstorungen infolge etc. » *Monatschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie*, December 1895, Band II, Heft 6, pag. 478.

(2) Strassmann P. « Zur kenntniss des Schwangerschafts und Geburts-Verlaufes bei antefixirtem Uterus. » *Archiv f. Gynäkologie*, 1896, Band 50, Heft 3, p. 472.

della vagina. Estrazione pure assai difficile. Laceraz. perin. Emorragia *post partum*. Perineorafia. Puerperio fisiologico, allattò per 5 settimane. Esaminata nel Giugno 1895 si trovò l'utero in avanti, il collo lacerato e nel mezzo della cicatrice vaginale un punto infossato che secondo l'opinione di Strassmann è un punto di rottura della vagina cicatrizzato.

Nel secondo caso, donna di 38 anni, IIpara. Operata il 9 Ottobre 1893 di celiomiomectomia vaginale e fissazione vaginale dell'utero. Guarigione completa. Settembre-Ottobre 1894 ultime mestruazioni. Durante il 7.° mese di gravidanza metrorragia. 24 Giugno 1895 rottura del sacco, procidenza del funicolo. All'esame: feto morto, orificio uterino in alto, a destra e indietro, dilatazione di circa 4 centim. Si nota uno sfiancamento della porzione vaginofissata dell'utero in cui è cacciata la testa. All'orificio uterino si presenta una spalla. 25 Giugno condizioni identiche; impossibile il rivolgimento perchè la mano non può penetrare nell'utero a causa della ristrettezza della vagina. Le condizioni della donna facendosi sempre più gravi, Gousserow praticò il taglio cesareo alla Porro. Forte emorragia. Trasfusione con Na Cl. Morte dopo un' ora e mezza per anemia. All'autopsia lacerazione vaginale che conduce nel piccolo bacino.

Ci domanderemo ora, ma quest'ostacolo al parto si deve attribuire alla vaginofissazione? Indubbiamente sì: in tutti e quattro i casi si ebbe presentazione trasversa del feto, dovuta certamente allo sviluppo anormale dell'utero che non aveva potuto innalzarsi nel bacino a causa della trazione in basso esercitata dalla sua parete anteriore. In tutti e quattro fu notato uno sfiancamento della parete anteriore dell'utero e della vagina che incappucciava la parte presentata e annullava l'azione delle contrazioni uterine, le quali non potevano far altro che distendere enormemente il segmento inferiore col gravissimo pericolo di una rottura dell'utero o della vagina con esso saldata, e questa complicazione si ebbe in tre di questi casi. Il rivolgimento fu in tre casi impossibile, ed in uno effettuato attraverso a gravi difficoltà. Queste considerazioni devono quindi far riflettere molto seriamente tutti i fautori della vaginofissazione, e noi crediamo che bastino esse sole a farci in seguito astenere da questa operazione in qualunque caso.

***

Come vedemmo, nella ventrofissazione l'utero è condotto in una posizione quasi fisiologica, le adesioni che si formano (siero-sierose) non saranno mai molto valide e per la scorrevolezza del peritoneo si

lasceranno facilmente distendere. Questa scorrevolezza sarà tanto maggiore quanto più le aderenze saranno seroso-sierose, e perciò nel praticare la ventrofissazione, consiglieremo di prendere nei punti solo pochissimi strati della parete addominale e possibilmente solo il peritoneo parietale e gli strati superficialissimi della muscolatura uterina.

Anche per questa operazione possiamo domandarci che cosa avvenga di un utero ventrofissato divenuto gravido. Anche qui, o potrà rimanere aderente alla parete addominale e non svilupparsi dando origine all'aborto; oppure si svilupperà distaccandosi dalla parete addominale per una distensione delle aderenze che si sono formate e permetterà lo svolgersi della gravidanza.

Quanto al prodursi dell'aborto, se noi diamo uno sguardo alla tabella del Miländer (1), il quale raccolse quanti casi potè di gravidanza dopo la ventrofissazione, noi vediamo che sopra 74 gravidanze, solo 6 volte (cioè l'8-10 0[0) venne in scena l'aborto. Se a questi noi aggiungiamo alcuni altri casi che ho potuto raccogliere, vedremo mantenersi su per giù uguale la percentuale dei parti a termine.

Küstner (2), osservò due gravidanze dopo una ventrofissazione, che terminarono coll'aborto. Egli dice che prima dell'operazione erano le aderenze posteriori la causa dell'aborto, dopo le anteriori. Perciò crede la ventrofissazione una cattiva operazione.

Helena Goodwin (3), riferisce varî casi di gravidanza a termine con parto normale dopo la fissazione addominale dell'utero. Solo notò dolori per lo stiramento della cicatrice e lo sviluppo dell'utero.

Jeannel (4), osservò tre gravidanze a termine senza accidenti durante il parto.

Labusquière (5), osservò nove gravidanze a termine, due aborti e due gravidanze in corso.

Bastianelli (6), osservò 3 gravidanze dopo la ventrofissazione.

---

(1) Milaender J. « Ventrofixation des Uterus. Schwangerschaft und Querlage des Kindes. » *Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynäk.*, September 1895, Bd. XXXIII, Heft 3, pag. 464.

(2) Kuestner. « Ventrofixation uterine. » *Rép. univ. d'obst. et gyn.*, 1889, pag. 520.

(3) Helena Goodwin. *Am. Journ. of obst.*, Septembre 1894.

(4) Jeannel. « Résultats éloignés de l'hystéropexie. » Congrès de gyn., d'obst. et de péd. tenu à Bordeaux du 8 au 14 Août 1895, Séance du 9 Août.

(5) Labusquière. « De la grossesse après l'hystéropexie. » *Ann. de gyn.*, Juillet 1891.

(6) R. Bastianelli. « Resoconto di laparotomie ed operazioni ginecologiche. » *Annali di ostetr. e ginec.*, Febbraio 1896, N. 2, pag. 97.

1.° Caso. — Orlandi Giselda, 30 anni. Retroflessione fissa. Operata il 2 Settembre 1889. Guarì, stette bene per due anni. Entrò nell'Ospedale gravida all'8.° mese e vi morì per tumore cerebrale. Due giorni prima aveva partorito. Periodo dilatante ed espulsivo normali. Durante le contrazioni la cicatrice si affondava. Secondamento e retrazione normali. All'autopsia aderenza fra l'utero e la parete addominale lunga centim. 65 rilasciata e allungata dalla gravidanza. La parete posteriore delll'utero era più sviluppata.

2.° Caso. — Schiavoni Elvira, operata per retroversione il 3 Ottobre 1891. Guarigione. Il 15 Aprile 1895, partorisce normalmente al termine di una gravidanza dolorosa.

3.° Caso. — Paglini Regina, operata il 20 Dicembre 1891, per retroversione. Guarigione. Resta gravida e il 15 Settembre 1892, partorisce normalmente al termine di una buona gravidanza.

Pinzani (1), dovette praticare il taglio cesareo conservatore in una donna giunta al termine di una gravidanza dopo una ventrofissazione. Ho saputo ora per comunicazione privata che questa donna restò di nuovo incinta e dovette subire un secondo taglio cesareo pel quale morì.

Wegner osservò una gravidanza giunta al termine in una donna alla quale aveva fissato l'utero al periostio della sinfisi pubica. Il feto era in posizione trasversa ed egli fu obbligato a fare il rivolgimento sulla testa e l'applicazione di forcipe.

Strassmann (l. c.) vide pure una gravidanza dopo una fissazione addominale. La gravidanza raggiunse il termine ed il parto si espletò con una applicazione di forcipe, non si sa per quali indicazioni.

Anche in questa Clinica ostetrica il prof. Pestalozza osservò due gravidanze in donne operate di isteropessi addominale. Riporterò più sotto la loro storia clinica.

Se confrontiamo questi resultati con quelli che abbiamo riferiti sulla vaginofissazione, vediamo che la gravidanza raggiunge il termine con molto maggior probabilità dopo la fissazione addominale (circa 90 0[0) che dopo la vaginale (75 0[0).

I disturbi che si presentarono durante la gravidanza, furono solo dolori lungo la cicatrice che veniva molto distesa. Mai vi furono disturbi da parte della vescica. Il parto, la maggior parte delle volte, si

---

(1) Pinzani. *Centr. f. Gyn.*, 1896, Heft 9.

espletò normalmente senza bisogno di assistenza medica; alcune volte però fu ostacolato e si dovette ricorrere ad atti operativi gravissimi.

Fra tutti i casi di gravidanza dopo la ventrofissazione che abbiamo riferiti, ben 14 volte fu necessario l'intervento dell'ostetrico, per effettuare l'espulsione del feto; furono praticati:

3 tagli cesarei (Poltowicz, Gubaroff, Pinzani);

6 applicazioni di forcipe (Leopold, Löhlein, Poltowicz, Strassmann, Wegner);

5 rivolgimenti (Sänger, Olshausen, Fleischen, Frommel, Miländer).

La causa di questi ostacoli al parto in tutti i casi è da attribuirsi alla fissazione addominale. Non dovremo però dedurne che questo atto operativo sia da abbandonarsi. Osservando attentamente la tabella del Miländer ci spiegheremo il modo speciale pel quale la ventrofissazione impedì il parto. Troviamo infatti, che in quasi tutti quei casi l'utero era stato fissato per la parte alta della sua parete anteriore o direttamente sul fondo. Di leggeri si comprende come questa fissazione in alto dell'utero possa aver ostacolato il suo sviluppo normale ed abbia così favorita la posizione trasversa del feto. Che ciò sia la verità ce lo confermano specialmente i 3 casi di gravidanza riferiti da Poltowicz, i quali tutti richiesero intervento operativo. Ma egli passava varî punti di sutura dal fondo dell'utero fino al collo, venendosi così a formare aderenze molto estese che furono certamente la causa della distocia. Così pure il caso del Miländer che fissò il fondo, quello di Löhlein che fissò la parte superiore della parete anteriore.

Ci sembra quindi da quanto abbiamo fin qui esposto, poter affermare che la ventrofissazione permette sempre che la gravidanza raggiunga il termine e che il parto si effettui normalmente, purchè i punti fissatori siano dati non sul fondo dell'utero, ma sulla parte mediana ed inferiore della parete anteriore, e comprendano come dicemmo solo pochi strati della muscolatura uterina e il peritoneo parietale.

Quanto alle recidive dopo la gravidanza non si sono quasi mai avute; però, sarà bene che ogni donna dopo il parto porti un pessario poichè sappiamo che l'involuzione uterina bene condotta può di per sè guarire la retroflessione. Forse l'allattamento potrà avere una benefica azione sulle aderenze distese dalla gravidanza come la esercita sull'utero. Spesso dopo prolungati allattamenti fu notata un'atrofia dell'utero.

Sull'influenza della vescicofissazione nelle gravidanze e parti po-

steriori, nulla possiamo dire perchè non se ne conoscono casi. Con molta probabilità non si avranno a lamentare serii disturbi per la facile scorrevolezza del peritoneo, però per questa stessa ragione saranno molto facili le recidive. Ad ogni modo l'esperienza istruirà.

Riporterò ora due casi di gravidanza osservati in due donne operate d'isteropessi addominale dal prof. Pestalozza in questa Clinica. Aggiungerò a questi una gravidanza e parto in una donna che aveva già subìto un taglio cesareo alla Sänger per viziatura pelvica, poichè l'utero era rimasto aderente alla parete addominale anteriore, riproducendo così le stesse condizioni che si hanno dopo la ventrofissazione.

Caso 1.° — B. M., di anni 40 di Firenze, domestica. Nessuna malattia pregressa degna di nota. Mestruata a 14 anni senza dolori. Amenorrea quindi di 10 mesi, poi mestruazioni irregolari per periodi di ritorno, piuttosto abbondanti.

Dismenorrea. Un mese prima del suo ingresso in Clinica, che avvenne il 10 Maggio 1894, cominciò ad avvertire ad un tratto vivo dolore nella mizione, che divenne sempre più forte in modo da impedirle di attendere alle proprie cure. Ad intervalli aveva ancora dolori nella regione soprapubica. Stipsi pronunciata, mai febbre. Fu diagnosticata una retroflessione fissa congenita. Il 30 Maggio fu praticata la laparotomia. Aperto il ventre si riscontra l'ovaio destro sclerotico in parte, e in parte con piccole cisti, una delle quali grossa quanto una nocciuola. Lo si asporta assieme alla tuba con due lacci separati. Un assistente porta il fondo dell'utero in avanti ponendo due dita sulla sua faccia posteriore. Si fissa quindi l'utero con tre punti in seta al peritoneo parietale. Si sutura la ferita addominale e si applica un pessario Cuzzi. Apiressia. La sutura addominale vien rimossa in 8.ª giornata. Guarigione per *primam*. Si alza in 13.ª giornata ed esce guarita il 15 Giugno.

Il 25 Giugno 1894 ultime mestruazioni. Sembra abbia avuto un solo contatto il 29 Giugno. Non ricorda la comparsa dei primi moti fetali. Durante la gravidanza ebbe vomito, disappetenza, debolezza generale, stipsi, diarrea, disuria. Entra in Clinica il 4 Marzo 1895.

Esame dell' 8 Marzo. Cicatrice addominale da laparotomia, distesa, larga. Utero disteso, antiverso. Estremo cefalico libero sopra lo stretto superiore. Collo rammollito, portato posteriormente. Segmento inferiore sottile, disteso. Il fondo dell'utero arriva a metà della linea xifoombelicale.

Verso i primi di Aprile cominciò ad accusare dolori uterini, che

crebbero di intensità il giorno 7, in cui alle quattro del mattino avvenne spontaneamente la rottura del sacco. Esplorata dalla levatrice alle 11 dello stesso giorno si ebbe il seguente reperto: collo scomparso, orificio permeabile, ma non dilatato e situato posteriormente, segmento inferiore molto assottigliato. Feto in O.I.S.A. La parte presentata fissa nella parte media dello scavo. Tosto s'iniziò il periodo dilatante a cui rapidamente seguì il periodo espulsivo. Le contrazioni addominali furono validissime e coadiuvarono potentemente quelle uterine.

Alle 3.50 fu espulso un feto (femmina) in buonissime condizioni:

Peso	gr.	2600	Bimastoideo	mm.	75
Lunghezza	cm.	46 1[2	Mentobregmatico . . .	»	100
Biparietale anatomico .	mm.	82	Mentofrontale	»	75
Biparietale ostetrico . .	»	80	Mentooccipitale	»	125
Sottoccipito bregmatico	»	90	Briacromiale	»	110
Sottoccipito frontale. .	»	110	Sternodorsale	»	80
Sottoccipito mentoniero.	»	120	Sacropubico	»	55
Frontooccipitale . . .	»	100	Bitrocanterico	»	90

Dopo 15' si effettuò il secondamento. Annessi sani e completi del peso di gr. 380. Cordone lungo 54 cm. Dopo il secondamento con una iniezione di ergotina fu frenata una leggera emorragia.

Puerperio fisiologico, involuzione uterina normale. Esce in buonissime condizioni il 15 Aprile 1895.

Caso 2.° — Checchi Giulia, di 30 anni, di Firenze, attendente a casa. Nulla nel gentilizio. Stato abituale di salute buono. Mestruata a 13 anni, amenorrea di tre mesi, mestruazione seguenti regolari.

Ebbe 4 gravidanze di cui la prima interrotta ad 8 mesi, la seconda a 7, la terza e quarta a termine. Il primo parto necessitò rivolgimento per una posizione trasversa del feto, gli altri furono normali. I puerperii furono tutti fisiologici.

La paziente crede che la malattia sua sia cominciata dopo l'ultimo parto, poichè allora cominciò a sentire dolori al quadrante inferiore destro dell'addome e alla vagina. Le mestruazioni si fecero più frequenti e si aggiunsero infine disturbi nella defecazione. Per questi disturbi entrò in Clinica il 15 Settembre 1892 ove fu diagnosticata una retroflessione uterina, metrite iperplastica e salpingoovarite bilaterale. Le fu applicato un pessario Hodge e fu licenziata.

Sembra che non ne ritraesse vantaggio, perchè rientrò in Clinica poco dopo, per subire un raschiamento ed un'amputazione del collo. Nemmeno questo intervento le giovò perchè riparò nuovamente in Clinica il 17 Aprile 1894.

Il 7 Maggio le fu praticata la laparotomia. All'apertura dell'addome si riscontrò che l'ovaio destro era prolassato nello spazio del Douglas e presentava delle cisti, che furono punte e dettero esito ad un liquido filante. L'utero fu fissato con tre punti lasciando in posto gli annessi d'ambo i lati. Apiressia. In ottava giornata furono tolti i punti, cicatrizzazione per *primam*. Il 31 Maggio si alza e il 2 Giugno esce guarita. I disturbi scomparvero del tutto.

Il 19 Aprile 1895 ebbe le ultime mestruazioni, percepì i primi moti fetali al principio del 4.° mese. La gravidanza decorse del tutto normale. Solo ebbe ad intervalli punture nella regione inguinale sinistra. Per paura di complicazione nel parto entrò in Clinica il 6 Gennaio 1896.

Le fu subito praticato un esame che dette il seguente risultato:

All'ispezione si nota sulla linea mediana dell'addome una cicatrice che da alcuni centimetri sotto il bellico scende fino al monte di Venere. In corrispondenza di tale cicatrice si nota un infossamento che si rende più palese durante le contrazioni e mette in evidenza l'utero, come fosse diviso in due parti. L'esplorazione rivela il collo permeabile e quasi scomparso, il labbro anteriore però è più pronunziato.

L'11 Gennaio nuovo esame:

Cicatrice pigmentata. Cicatrice ombellicale pronunziata, smagliature antiche e recenti. Estremo cefalico nel Q. S. D., dorso fetale a destra, piccole parti nel Q. I. S. Battito cardiaco fetale regolare. Vagina da pluripara. Segmento inferiore dell'utero sottile, espanso. Membrane integre.

Il 18 Gennaio alle ore 13 dopo aver servito ad un esercizio diagnostico, le fu praticata un'irrigazione vaginale di sublimato al 1[2 per 1000. Ad un tratto durante questa fu colta da brividi, vomito, diarrea e contrazioni uterine. Le fu subito fatto fare un bagno durante il quale durarono questi disturbi.

Portata sul letto del travaglio ed esaminata, si riscontrò il feto vivo, in presentazione S. I. S. P. Il vomito di color verde continuò durante tutto il travaglio che procedette regolarmente. Alle ore 18 durante un'esplorazione si ruppero le membrane. Dilatazione di circa 8 centim. Battito cardiaco fetale regolare. Meconio nel liquido amniotico. Alle 18.20 dilatazione completa.

Parte presentata nello scavo. Durante il periodo espulsivo che durò solo 20' il battito cardiaco si fece irregolare. Il feto venne espulso alle ore 18.40 col meccanismo normale del parto in presentazione podalica varietà natiche. Le orine che erano sempre state normali, durante il travaglio si fecero rosse e fortemente albuminose. Il loro esame microscopico rilevò cilindri granulosi, cellule renali, corpuscoli bianchi e rossi.

Il feto (femmina) fu espulso in leggero grado di asfissia dal quale

fu presto rianimato. Era bene sviluppato ed aveva le seguenti dimensioni:

Peso	gr.	3100	Mentooccipitale	mm.	130
Lunghezza	cm.	50	Sottomentobregmatico .	»	95
Biparietale anatomico .	mm.	92	Sottomentooccipitale . .	»	100
Biparietale ostetrico . .	»	88	Nasobregmatico	»	65
Sottoccipito bregmatico .	»	95	Biacromiale	»	120
Frontooccipitale	»	100	Sternodorsale	»	60
Bimastoideo	»	75	Sacropubico	»	35
Mentobregmatico . . .	»	100	Bitrocanterico.	»	100
Mentofrontale	»	80			

Dieci minuti dopo l'espulsione del feto avvenne spontaneamente il secondamento. Placenta normale, membrane complete.

Puerperio: 19. 1. 96. Utero contratto, lochi sanguigni, leggeri dolori uterini. Anuria. Impacchi caldi, sudore abbondante, scariche alvine liquide, vomito. Temp. 38. 4, Puls. 116, Resp. 24. Dieta lattea. Queste condizioni si mantennero invariate i giorni 20, 21 e 22, ad onta di tutte le cure prodigatele (diuretina, impacchi caldi, salassi ripetuti, iniezioni di Na Cl, bagni caldi, unzioni con olio caldo). Tutti i cateterismi praticati dimostrarono anuria completa. Il giorno 23 sembrò che la funzione renale tendesse a ristabilirsi, poichè emise scarsa quantità di orina. Il 24, stesse condizioni, e così il giorno 25, nel quale, alle ore 23. 45, la paziente morì.

Il 27, alle ore 10, fu eseguita l'autopsia:

Costituzione scheletrica regolare. Stato della nutrizione sufficientemente buono. Pannicolo adiposo assai abbondante. Rigidità cadaverica conservata negli arti inferiori. Numerose vescicole della grossezza di un chicco di panico, contenente un liquido sieroso limpido, sparse su tutta la superficie del corpo, ma più abbondante ai lati del torace. Cicatrice antica da ferita chirurgica sulla linea mediana addominale fra l'ombelico e il pube.

Nella cavità addominale si raccoglie in piccola quantità un trasudato sanguinolento. Esistono delle aderenze fibrose fra il peritoneo parietale e la faccia anteriore dell'utero lungo la linea della cicatrice, che dalla parte interna è alquanto divaricata fino nello spessore dei muscoli addominali, senza però che si osservino segni di ernia. Altre aderenze fibrose, ma più sottili, esistono tra la cicatrice e le anse intestinali vicine. L'utero sorpassa l'arcata pubica di quattro dita trasverse. Viene asportato insieme alle aderenze colla parete addominale e a quella parte di questa che corrisponde alla cicatrice laparotomica, per essere esaminate più accuratamente.

Nel torace ravvicinamento dei margini polmonari enfisematosi.

Piccole quantità di essudato nelle cavità pleuriche. Lieve aumento nel liquido intrapericardico. Nei polmoni si nota anche ipostasi ed edema assai intensi. Cuore flaccido, orifizii ed apparecchi valvolari integri. Il miocardio un colorito pallido giallastro simile a foglie secche e si lacera colla massima facilità.

Fegato aumentato di volume con segni di evidente adiposi. Cistifellea distesa con bile sciolta e calcoli. Milza aumentata di volume con parenchima rosso-oscuro. Reni ingrossati nello stadio di passaggio fra il grosso rene iperemico e il grosso rene bianco. Nell' intestino la mucosa del tenue è normale, quella del crasso presenta qua e là delle punteggiature grigiastre che sono dei punti necrotici. Si notano pure alcune ulcerazioni.

Nella bocca la mucosa è tumefatta, di colorito nerastro e in corrispondenza delle gengive, ulcerata.

L'utero asportato venne poi esaminato più attentamente. Il suo sviluppo era avvenuto normalmente e regolarmente in tutte le sue parti. Lo dimostrano ad evidenza le seguenti misurazioni prese subito:

Parete anteriore, lunghezza massima . .	ctm.	20
» posteriore » » . .	»	22
Diametro trasverso massimo anteriore .	»	18
» » » posteriore .	»	17 1/2

La cavità uterina ha i seguenti diametri:

Diametro longitudinale	ctm.	16 1/2
» trasversale . . . . . , . .	»	12

Lo spessore della parete uterina al fondo è di centim. 3 1/2, nel corpo, 2 1/2. I fornici vaginali più non esistono a causa della pregressa amputazione del collo dell' utero.

A circa 17 centim. dall'orificio uterino esterno, sulla faccia anteriore dell'utero, si vede impiantata una valida aderenza fibrosa che, tendendosi come un ponte, connette l'utero colla parete addominale anteriore. Questo ponte è lungo 7 centim. e largo 3 e tanto nella sua inserzione uterina quanto nella addominale si espande a ventaglio. Osservata posteriormente questa aderenza non si presenta come anteriormente, ma dalla parete uterina partono due fasci fibrosi, inserti pure a ventaglio, i quali limitando fra loro uno spazio della larghezza di circa 1 centim., si portano sulla parete addominale dove si sperdono fondendosi l'uno coll'altro. Nulla di notevole negli annessi, eccetto una piccola ciste nel legamento largo di destra, grossa quanto una nocciuola. Aperto l'utero non si notò macroscopicamente nessuna modificazione nella sua muscolatura.

Il viscere fu quindi posto nel liquido di Müller e, dopochè fu fissato, fu asportato un pezzo di muscolatura uterina nel punto dove era impiantata l'aderenza. Esaminata al microscopio non si potè rilevare nessuna modificazione del tessuto uterino, poichè l'aderenza non si approfondava fra i fasci muscolari ma si sperdeva sopra il peritoneo uterino. Esaminata allo stesso modo l'inserzione addominale si ebbe lo stesso reperto microscopico. La cicatrice si dimostrò composta di tessuto connettivo lasso rivestito da peritoneo.

***

Torricelli Assunta, di anni 36, di Firenze, attendente a casa. Ebbe rachitide, camminò per la prima volta a 3 anni. Mestruata a 14 anni sempre regolarmente. 5 gravidanze, di cui la 1.e, 2.a, 4.a e 5.a interrotte artificialmente al 7.o mese, la 3.a raggiunse il termine. Nel primo parto fu necessaria l'embriotomia, nel secondo il forcipe, nel terzo il professor Chiara praticò il taglio cesareo conservatore, nel quarto fu praticata l'estrazione manuale podalica. Il quinto decorse normalmente. I puerperii furono tutti regolari. Ebbe le ultime mestruazioni il 3 Febbraio 1894. Entra a travaglio già avanzato, in Clinica il 12 Sett. 1894. L'esame scheletrico dà i seguenti risultati: lordosi lombare, arti inferiori poco deformati, pelvi piatta rachitica lievemente irregolare, sacro ruotato un po' a sinistra.

Donna alta	m.	1,38	Fra il pube e la S. I. A. S. sinistra . . .	mm.	14
Circonferenza pelvica .	mm.	77	Altezza della pelvi . .	»	19,5
Distanza fra le S. I. A. S.	»	32	Distanza fra i troncateri	»	28
Distanza fra le creste. .	»	24	Coniugata esterna . .	»	16,5
Diametro obliquo destro	»	22,5	Coniugata diagonale .	»	8,8
Diametro obliquo sinis.	»	23	Coniugata vera . . .	»	7,6
Fra il pube e la S. I. A. S. destra	»	14			

Il 9 Settembre alle 16 rottura spontanea del sacco.

Feto in presentazione di spalla destra in C. I. D., morto durante il travaglio. Il 12 Settembre alle 4.45 embriotomia sul tronco coll'uncino del Braun modificato dal Cuzzi. Alle ore 9 estrazione manuale degli annessi sotto la cloronarcosi. Puerperio normale.

***

Questi casi di gravidanza dopo la ventrofissazione, confermano quanto abbiamo detto più sopra relativamente alla innocuità di questa opera-

zione, sulla gravidanza e sul parto. Poichè nel caso della *Checchi,* per il disgraziato evento di un' intossicazione da sublimato, dovuto al penetrare del liquido nella cavità uterina durante l'irrigazione (facilitato forse in ciò dalle condizioni speciali della vagina, per la subìta amputazione del collo) abbiamo avuta la opportunità di assistere all'autopsia e di vedere direttamente le modificazioni che erano avvenute, ci possiamo ritenere fortunati di aver veduto confermato quanto prima avevamo supposto.

Infatti tanto l'aderenza addominale quanto la viscerale, a causa dello sviluppo dell'utero, si erano lasciate distendere non solo, ma avevano subìto uno spostamento verso l'alto. I punti erano stati passati nella parte inferiore della parete anteriore dell' utero e trovammo l'adesione a poca distanza dal fondo. Questa mobilità dei foglietti del peritoneo sarà stata agevolata, come dice Flaischlen, dai mutamenti che avvengono nella circolazione degli organi genitali durante la gravidanza, ma certo è stata grandemente aiutata dalla superficialità con cui erano stati dati i punti fissatori. Non si potrà certo attribuire all' operazione subìta la presentazione podalica del feto, poichè l'utero era bene sviluppato verso il fondo. Forse la pluriparità vi avrà contribuito.

Non abbiamo bisogno di dilungarci per dimostrare come la gravidanza e il parto nella donna *B. M.* abbiano decorso, come se l'operazione non fosse stata fatta. Nel caso della *Torricelli* si dovette ricorrere all'embriotomia, ma ciò conferma sempre più quanto dicemmo, poichè per la larga superficie di adesione che si era stabilita fra l'utero e la parete addominale, si erano riprodotte le condizioni che si hanno dopo la ventrofissazione, ma solo quando i punti siano dati in gran numero e siano portati sulla parte alta della parete anteriore e nel fondo. (Casi di Poltowicz, Goubaroff, Miländer, ecc.).

Dai nostri casi quindi appare chiarissima la conferma di quanto affermarono Klotz, Fraipont, Labusquière, Baudoin, Massara, Warde, Sinclair e ultimamente Negri, il quale (1), dall'analisi di numerose osservazioni, fra cui parecchie della Clinica di Pavia, venne su per giù, alla conclusione medesima, che cioè la ventrofissazione non è controin-

---

(1) Luigi Negri. « L'isteropessi studiata dal punto di vista ostetrico. » *Annali di ostetricia e ginecologia*, 1896, Giugno-Agosto.

dicata nelle donne che possono ancora concepire, perchè non ostacola le gravidanze e i parti ulteriori.

Ci sembra quindi di poter venire alle seguenti conclusioni:

1.° Nelle retroflessioni mobili che non abbiano tratto vantaggio dall'applicazione del pessario o dell'Alexander e in tutte le retroflessioni fisse che richiedono l'intervento chirurgico è indicata la ventrofissazione come quella che:

a) nelle attuali condizioni della chirurgia non offre pericoli immediati,

b) riconduce l'utero in posizione fisioiogica,

c) difficilmente, se bene eseguita, dà recidiva,

d) eccezionalmente dà disturbi vescicali,

e) facilita la concezione,

f) permette facilmente che la gravidanza raggiunga il termine,

g) non porta a complicazioni nel parto.

2.° La vaginofissazione è sconsigliabile perchè:

a) dà recidive più facilmente che la ventrofissazione.

b) pone l'utero in antiflessione patologica,

c) con facilità dà disturbi vescicali,

d) ostacola la concezione,

e) con facilità determina gli aborti,

f) può infine esporre la donna a gravissimi pericoli durante il parto.

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Pavia
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

Contributo alla struttura delle ovaie osteomalaciche

PEL

Dott. ERSILIO FERRONI

Assistente volontario.

Chi ricorda per un istante il capitolo della patogenesi dell' osteomalacia, resta colpito dalla molteplicità delle teorie che si sono invocate per illuminare una questione di sì grande interesse, teorie che scaturiscono tutte da una vasta e non interrotta serie di ricerche, alle quali ha offerto larghissimo campo la forma clinica della malattia stessa.

Parve dapprima che le abitazioni umide e malsane, certi speciali mestieri, le tristi condizioni sociali in genere, dovessero accogliersi come momento etiologico di una qualche importanza relativamente all' insorgere dell'osteomalacia; a tutto questo si aggiunse l'uso di certi dati alimenti e specialmente di acque quasi prive, o per lo meno scarse, di sali di calcio, fattore non dispregevole nel novero delle cause possibili, data la speciale alterazione che presentano le ossa negli individui affetti da questa malattia.

In rapporto a ciò anche nel suolo si trovarono degli elementi atti a produrre l'osteomalacia, come ad esempio la diminuzione notevole dei sali calcarei in quelle regioni in cui tale affezione scheletrica si riscontrava con maggior frequenza. Il carattere endemico dell' osteomalacia cominciava ad avere in tal modo un certo fondamento. Accanto a questa serie di ricerche, consacrate con varii risultati nei lavori di Calderini (1),

(1) Calderini. « L'osteomalacia. » Torino, 1870.

Casati (1), Stilling e Mering (2), Gallia (3), Gelpke (4), v. Velits (5), ecc., stanno le altre che vogliono trovare nello stesso organismo affetto la causa dello sviluppo del morbo.

A parte l'interesse che da taluni si diede agli allattamenti prolungati, alle gravidanze ripetute, e in una parola a tutte quelle cause che deteriorano in modo più o meno accentuato la nutrizione generale dell'individuo, si volle che l'acido lattico sciogliesse i sali calcarei delle ossa dando luogo a dei composti solubili, mentre da altri quest'azione dissolvente si attribuì ad un eccesso di CO^2, accumulata nelle stesse ossa in seguito ad una stasi prolungata. Si vollero anche ritenere come fattori etiologici dell'osteomalacia qualche anormale elemento riscontrato nelle urine, l'ipoalcalescenza del sangue e speciali bacterii, per lo studio dei quali, prescindendo dai risultati ultimi, basta ricordare Winckel (6), Klebs (7), Kehrer (8), Baumann (9), Fehling (10), Truzzi (11), Petrone (12) (fermento nitrico), Trotta (13), Löhlein (14), Calosso (15).

Queste teorie sono state ampiamente discusse: alcune di esse hanno

---

(1) Casati. « Sull'osteomalacia osservata alla Maternità di Milano. « 1871.

(2) Stilling und Mering. *Centralblatt f. med. Wissensch.*, 1889.

(3) Gallia. « Contributo all'eziologia dell'osteomalacia. » Studi di ostetricia e ginecologia dedicati a D. Tibone. Milano, 1890.

(4) Gelpke. « Die Osteomalacie in Ergolzthale u. s. w. » Basel, 1891.

(5) v. Velits. « Weitere Beiträge zur chirurgischen der Knochenerweichung. » *Ungar. Archiv f. Medic.*, 1893.

(6) Winckel. « Klinische Beobactungen zur Distokie durch Beckenenge, » 1882.

(7) Klebs. « Die Krankhaften Störungen, » 1888.

(8) Kehrer. 62.ª riunione dei naturalisti e medici tedeschi. Heidelberg, Settembre 1889.

(9) Baumann. « Ueber den Einfluss der Porro operation u. s. w., » 1889.

(10) Fehling. « De la nature et du traitement de l'ostéomalacie puerpérale. » Resoconto del 10.º Congresso internaz. di medic. di Berlino. *(Annales de gynécol.*, Septembre 1890).

(11) Truzzi. *Annali di Ostetr. e Ginecol.*, Settembre 1891.

(12) Petrone. « Il microrganismo della nitrificazione e l'osteomalacia. » *Riforma Medica*, 1892, vol. II, n. 78. — « Il microrganismo della nitrificazione, ecc » Parte 2.ª « Ricerca dei nitriti nelle orine osteomalaciche e su di una nuova reazione dell' acido nitroso. » Id., 1892, vol. II, n. 119. — « Il microrganismo della nitrificazione, ecc. » Parte 3.ª « La cura specifica e razionale dell'osteomalacia. » Idem, 1892, vol. III, n. 163.

(13) Trotta. « A proposito della teoria del Petrone nella genesi e cura dell' osteomalacia. » *Arch. di Ostetr. e Ginecol.*, Napoli, 1894, pag. 389.

(14) Loehlein. *Centralblatt f. Gynäk.*, 1894, N. 7.

(15) Calosso. *Rivista di Ostetr., Ginecol. e Pediatria*, Torino, 1896, pag. 81.

perduto qualsiasi importanza perchè prive di fondamento clinico e sperimentale; delle altre nessuna viene accettata isolatamente, sembrando a tutti più razionale il non ammettere per l'osteomalacia una causa unica ma una molteplicità di momenti etiologici, parecchi dei quali sfuggono ancora alle nostre indagini.

Il Fehling (1), partendo da un complesso di fatti clinici che sarebbe lungo enumerare, fu condotto a ritenere che l'osteomalacia sia una trofoneurosi riflessa del sistema osseo avente origine dall'ovaio, o, in altri termini, che essa sia dovuta ad una esaltata attività funzionale delle ovaia, donde un eccitamento meccanico riflesso ai nervi vaso-dilatatori delle ossa, con successiva iperemia passiva e riassorbimento più o meno rapido di quest'ultime. Il Truzzi (2) crede che indipendentemente dallo stimolo riflesso di cui l'ovaia, secondo il Fehling, è divenuta focolaio, si possa avere sempre l'osteomalacia; gli splendidi risultati a cui egli è pervenuto con la castrazione delle osteomalaciche, sarebbero dovuti piuttosto a tutti quei cambiamenti che si avverano nell'intima nutrizione dell'organismo in seguito all'amenorrea e alla sterilità artificialmente procurata.

Dacchè il Fehling volle attribuire all'ovaio la causa prima dell'osteomalacia, l'attenzione degli osservatori si rivolse all'esame minuto di quest'organo, a parte l'aumento e l'ectasie dei tronchi vascolari nel campo degli annessi, dal Fehling stesso dimostrate e da altri messe in dubbio.

Hofmeier (3), occupandosi di quest'argomento, dice di aver trovato delle ovaie piccole, atrofiche, con minor numero di follicoli e senza alcuna particolarità relativa ai vasi sanguigni. v. Velits (4), 4 volte su 9, riscontrò l'aumento e l'ectasia dei vasi dell'ilo e in 6 casi potè anche notare un maggior numero di vasi sanguigni nella porzione midollare dell'ovaio. Egli constatò inoltre (in un caso) un raggrinzamento dello stroma e come alterazione di maggior rilievo in tutte le ovaie osteomalaciche, una costante degenerazione jalina delle arterie

---

(1) Fehling. Loco cit.

(2) Truzzi. « Sulla castrazione in casi di osteomalacia puerperale e non puerperale. » *Annali di Ostetr. e Ginecol.*, 1890, N. 11.

(3) Hofmeier. *Centralblatt f. Gynäk.*, N. 12, 1891.

(4) v. Velits. Loco cit.

in differente stadio, forma ed estensione. Il numero e la disposizione dei follicoli fu sempre normale.

Alle stesse conclusioni di v. Velits venne Orthmann (1), avendo constatato, oltre a molti follicoli idropici, la presenza della degenerazione jalina nei vasi della porzione midollare dell'ovaio, degenerazione di alto grado, isolata o ad intieri gruppi, spinta talvolta sino alla completa obliterazione dei vasi stessi.

Rossier (2) trovò i vasi dell'ilo ectasici, molto consistenti e numerosi. Al microscopio lo strato corticale esterno, esaminato in tutti i suoi particolari, non fece rilevare nulla di speciale tranne la presenza di corpi omogenei, splendenti, rotondeggianti che l'autore potè dimostrare senza dubbio come zone irregolarmente sparse di degenerazione jalina.

Nello strato midollare si notò uno sviluppo considerevole di vasi, con la media e l'avventizia soventi volte ispessite, moltissimi dei quali presentavano con tutta evidenza le note della degenerazione jalina. Altre zone egualmente degenerate si trovarono sparse qua e là nel connettivo perivasale.

Neumann (3) si accorda con Hofmeier, non avendo osservato in 2 casi speciali alterazioni; in altri 2 casi egli descrive ovaie anemiche, piccole e raggrinzate.

Stern (4) e Seeligmann (5) ritengono come normali le ovaie osteomalaciche da loro esaminate.

Heyse (6), in 2 casi di Fehling, non ha trovato nella sostanza corticale i corpi jalini accennati da Rossier; ha visto però diminuito in modo assoluto ed in modo relativo il numero dei follicoli di Graaf, alcuni dei quali mostravansi colpiti da degenerazione cistica. Nella sostanza midollare i capillari erano fortemente stipati, i vasi di maggior calibro ispessiti, ectasici, e la degenerazione jalina della loro parete era in molti punti evidentissima.

---

(1) Orthmann. « Jubiläumssitzung d. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol. zu Berlin, » 1894.

(2) Rossier. « Anat. Untersuch. der Ovarien in Fällen von Osteomal. » *Archiv f. Gynäk.*, 1895, B. 48, H. 3.

(3) Neumann. *Archiv f. Gynäk.*, B. 50.

(4) Stern. *Münch. med. Wochenschr.*, 1893.

(5) Seeligmann. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895, N. 44.

(6) Heyse. *Archiv f. Gynäk.*, B. 53, H. 2.

Anche Flatau (1), in un caso, potè vedere al microscopio atrofia connettivale e degenerazione jalina dei vasi e del tessuto circostante.

Lo studio microscopico delle ovaie osteomalaciche ha messo adunque in rilievo una serie di alterazioni, tra cui principalmente la degenerazione jalina dei vasi, che se trovassero conferma nelle ricerche successive non sarebbero certo prive d'interesse.

Il prof. Mangiagalli, a cui pertanto rendo vivissime grazie, volle mettere a mia disposizione le ovaie di 2 donne osteomalaciche, operate l'una di castrazione e l'altra di amputazione utero-ovarica alla Porro, ovaie che sottoposi a ripetuti esami microscopici di cui credo opportuno riferire brevemente i risultati.

Della prima osteomalacica potei avere le ovaie allo stato fresco, l'utero e gli annessi dell'altra operata erano stati precedentemente fissati.

All'esame macroscopico le ovaie mostravansi, in ambedue i casi, più grosse del normale; quelle dovute alla semplice castrazione facevano vedere parecchi rigonfiamenti sparsi qua e là alla superficie esterna dell'organo, senza che l'ovaio stesso presentasse qualche lesione grossolana degna di rilievo. I vasi dell'ilo erano numerosi, resistenti e leggermente beanti; fortemente iperemiche erano quelle ovaie che potei esaminare appena asportate.

Per l'osservazione microscopica eseguii dei tagli in serie, colorando con ematossilina e con varî carmini i pezzi in *toto* o le sezioni isolatamente.

Alcuni di questi pezzi erano stati fissati in sublimato a tutta concentrazione con Cl Na, altri in una miscela di sublimato, acido acetico e Cl Na; passati poscia in alcool con tintura di jodio, erano stati trattati con la solita serie degli alcool fino all'inclusione in paraffina.

All'esame della sostanza corticale notavasi l'epitelio germinativo perfettamente integro, con cellule ben conservate i di cui nuclei avevano assunto intensamente la materia colorante, i follicoli erano del tutto normali sia per numero come per forma, struttura e disposizione; in entrambi i casi si osservava poi il corpo luteo della gravidanza in corso ben costituito in tutti i suoi elementi. Niente di anormale nei

---

(1) Flatau. *Münch. med. Wochenschr.*, 1897, N. 7.

piccoli vasi sanguigni che attraversano questa zona dell'ovaio e specialmente in quelli che si mettono in rapporto con qualche grosso follicolo o col corpo luteo.

Nelle sole ovaie asportate con la castrazione si potè constatare la presenza di piccolissime masse omogeneamente colorate, sparse in esiguo numero nella sostanza corticale, di varia grandezza e di forma quasi sempre rotondeggiante, le quali masse, viste in tagli che non avevano subìto alcun trattamento, apparivano chiare, rifrangenti e a contorni poche volte spiccatamente definiti: trattate le sezioni coi varî metodi che servono a mettere in evidenza le sostanze degenerative, queste zone vennero senza dubbio interpretate come piccolissimi punti di degenerazione jalina, taluni dei quali in una fase incipiente.

Un simile reperto trovasi nel lavoro di Rossier (1).

La sostanza midollare si allontana parecchio dalla struttura che dovrebbe avere se l'ovaio fosse normale.

Ciò che risalta a prima vista è il notevole aumento di numero dei vasi, pieni zeppi di sangue, e che seguono spesso un cammino eccezionalmente tortuoso.

La loro parete è molto ispessita e in taluni di essi lo è in modo così notevole da lasciarne appena intravedere il lume, contenente qualche globulo rosso.

L'intima non presenta nulla di caratteristico; le cellule mostrano un protoplasma ben conservato e il loro nucleo assume le materie coloranti come nelle condizioni ordinarie; lo spessore della media e dell'avventizia, prese assieme, è invece notevolmente accresciuto. Quest'ultima, in qualche caso, è infarcita da cellule migranti che in parte si sono trasformate in tessuto connettivo giovane, il che contribuisce a rendere più manifesto l'ispessimento di questa tunica e la diminuzione del lume del vaso.

Gli elementi della media e dell'avventizia non sempre offrono i caratteri di un tessuto normale: dei nuclei alcuni si presentano ora sformati, ora sbiaditi, ora omogeneamente colorati, altri perfettamente incolori o come un pallidissimo residuo di un nucleo primitivo, alterazioni tutte che abbondano con maggior frequenza nella tunica esterna.

---

(1) Rossier. Loco cit.

Accanto a questi vasi così ispessiti non è raro trovarne di quelli evidentemente ectasici, parecchi dei quali si mostrano anzi come delle vere lacune ripiene di sangue. In questi casi, invece di un ispessimento della parete vasale, è facile riscontrare un vero assottigliamento dello spessore di essa, senza che l'intima si mostri in alcun modo alterata mentre la media e l'avventizia sono più o meno profondamente lese.

Il particolare di maggiore interesse nell'esame della zona midollare è la degenerazione jalina dei vasi sanguigni, della quale è anche possibile seguire tutti gli stadî di passaggio. Essa trovasi frequentemente limitata all'avventizia ma colpisce spesse volte anche la media in modo da trasformare certi vasi in altrettanti anelli di sostanza jalina, il di cui lume è tappezzato dall' intima quasi sempre integra.

In queste zone jaline possono ancora trovarsi dei nuclei variamente disposti e coi caratteri precedentemente accennati, nuclei che possono mancare del tutto in quei vasi che da un certo tempo sono stati colpiti dal processo degenerativo.

La stessa degenerazione jalina, con la stessa disposizione, si nota eziandio nella parete assottigliata dei vasi ectasici. Anche nel connettivo perivasale e in altri punti dello stroma ovarico si riscontra la presenza di zone degenerate, più o meno estese, e che spesso racchiudono un buon numero di vasi sanguigni anch'essi in preda alla medesima fase regressiva.

Questo, in succinto, il risultato dell'esame microscopico da me praticato, che si accorda perfettamente coi reperti di v. Velits, Orthmann, Rossier, Heyse, Flatau.

Sul significato e sul valore di queste alterazioni nella struttura delle ovaie osteomalaciche, e specialmente della degenerazione jalina, non si è detto ancora nulla di concreto.

v. Velits (1), ad es., vorrebbe ritenerla come una modificazione secondaria ad un primitivo disturbo di nutrizione delle ossa pelviche, allo stesso modo che i processi cronici suppurativi e specialmente la carie tubercolare ossea possono dar luogo alla degenerazione amiloide. Rossier (2), partendo dalle conoscenze che si hanno sulla comparsa della sostanza jalina nei tessuti e in molte malattie, attribuisce la de-

---

(1) v. Velits. Loco cit.

(2) Rossier. Loco cit.

generazione jalina delle ovaie osteomalaciche semplicemente ai loro disturbi circolatorii, quali l'iperemia prolungata e le modificazioni di pressione che possono aver luogo nel campo vascolare notevolmente accresciuto, riservandosi però di riferirla ad una speciale crasi sanguigna qualora si venga a dimostrare la presenza della stessa degenerazione jalina in altri organi della donna osteomalacica, all'infuori dell'ovaio. Questa discrasia, come l'aumento di circolo e l'elevata pressione sanguigna nel campo degli annessi, son ritenute anche da Heyse (1) quali possibili cause della degenerazione jalina.

Questi autori, qualunque sia l'interpretazione che possano dare al processo degenerativo, sono poi quasi tutti d'accordo nel ritenere dall'insieme dei fatti da loro osservati, che la funzione ovarica sia costantemente esaltata e che essa eserciti, come ha detto il Fehling, una influenza primaria sullo sviluppo dell'osteomalacia, influenza però nervosa che provochi nelle ossa una trofoneurosi riflessa.

Senza dubbio, dall'esame minuto delle ovaie osteomalaciche, specialmente di puerpere e gestanti, si può indurre che esse siano in preda ad un' attività organica *sui generis* che non trova riscontro nelle ovaie di gravide sane: da un canto l'iperemia dell'organo, lo sviluppo dei vasi sanguigni, l'ispessimento della loro parete, l'ectasie, ecc., dall'altro la degenerazione jalina più o meno accentuata fanno pensare se queste non siano le condizioni atte a costituire l'ovaio in un centro abnorme di eccitazioni riflesse quale l'immaginò il Fehling. Quanto è stato detto per la degenerazione jalina merita di esser preso in considerazione, sebbene parecchi autori abbiano voluto essere troppo esclusivi nei loro apprezzamenti: lo stato speciale della rete vascolare ovarica e l'aumento del suo contenuto, debbono ritenersi come i primi fattori del processo degenerativo a cui devesi certamente aggiungere una serie di altre cause non ancora ben dimostrate, e che studî successivi sull'argomento potranno mettere in luce.

A parte tutto ciò la degenerazione jalina nelle ovaie osteomalaciche deve essere considerata come una lesione puramente secondaria.

Nulla vi è da aggiungere sulle speciali condizioni circolatorie in cui si trova l'ovaio, quantunque in molti casi, e nei miei in ispecie,

---

(1) Heyse. Loco cit.

si potrebbe esprimere il dubbio se l'iperemia, l'ectasie vasali, l'aumento della rete vascolare, ecc., siano completamente dovute all'osteomalacia in sè o se non partecipi a tutto ciò, sia anche in grado minimo, la gestazione in corso per l'aumento notevole di circolo a cui essa dà luogo nel dominio dell'utero e degli annessi.

Accanto all'esame microscopico delle ovaie osteomalaciche ai di cui risultati si annette oggi un grande valore, mi piace riportare poche osservazioni sulla struttura delle ovaie di donne rachitiche, per lo studio delle quali mi servii di pezzi fissati in alcool e che da tempo facevano parte del Museo della Clinica. Le ovaie da me prese in esame appartenevano a due rachitiche entrambe operate lungo il travaglio di amputazione utero-ovarica alla Porro per stenosi pelvica. A questi pezzi feci subire un trattamento identico a quello già accennato per le ovaie osteomalaciche.

Come risultato di tali ricerche dirò che la zona corticale dell'ovaio si presenta in uno stato perfettamente normale: il numero dei follicoli, se facciamo un confronto con le sezioni delle ovaie osteomalaciche, sembra però un poco diminuito. Non posso dire di aver riscontrato in questa zona la presenza di quei piccoli corpi jalini descritti nelle ovaie osteomalaciche.

Nella sostanza corticale invece son riprodotte in piccolo quasi tutte quelle alterazioni, che sono state descritte come tipiche e proprie dell'osteomalacia: il numero dei vasi sanguigni è accresciuto, le loro pareti sono ispessite, quantunque questo ispessimento non si riscontri in tutti i casi, parecchi tronchi vascolari sono ectasici e quel ch'è più non manca la generazione jalina sia delle pareti vasali come di zone più o meno estese di connettivo.

È da notare però che le tuniche dei vasi non degenerati sono meglio conservate di quanto lo siano nelle ovaie osteomalaciche, che i nuclei non presentano quell'abbondanza di forme regressive descritte a proposito delle altre ovaie e che la stessa degenerazione jalina è distribuita in modo relativamente più circoscritto.

In una parola, adunque, i fatti più salienti riferiti per le ovaie osteomalaciche, stando ai miei due casi, si possono anche riscontrare nelle ovaie, diciamo così, rachitiche, con la sola differenza che in quest'ultime tutto l'insieme dei particolari istologici è ridotto e più limitato.

Tale reperto non mi sembra privo d'interesse per tutte le considerazioni che possono nascere dal confronto delle due serie di ricerche, molto più trattandosi anche nel secondo caso di una malattia scheletrica per quanto il rachitismo differisca dall'osteomalacia.

Su queste considerazioni, che del resto non potrebbero ancora modificare gran fatto tutto quanto si è ricavato dall'esame microscopico delle ovaie osteomalaciche, non m'intrattengo. La possibilità di trovare in altre malattie delle lesioni ovariche che si avvicinano a quelle delle osteomalaciche, se da un canto non nega assolutamente l'importanza che loro si è data in quest'ultimi casi, dall'altro dimostra ancora una volta che molto resta da fare su quest'argomento, oltre alle ricerche sul sistema nervoso, sugli organi interni delle inferme, ecc., consigliate da quasi tutti gli osservatori.

I SETTI TRASVERSALI DELLA VAGINA

SOTTO IL RAPPORTO DELLA ORIGINE CONGENITA, DELLA PROIEZIONE VAGINALE E DELLA IMPORTANZA OSTETRICA

STUDIO CLINICO-SPERIMENTALE

PEL

Dott. CARLO FERRARESI

(Continuazione, vedi pag. 546).

Origine dei setti.

Con le indagini descritte può dirsi compiuta la ricerca di elementi indispensabili allo studio della origine dei sepimenti. Occorrevano infatti la conoscenza dello sviluppo della vagina, della sua superficie mucosa nella prima età, dei rapporti delle sue pareti per la statica vaginale; finalmente coll'esperimento fu provata l'attitudine della vagina a costituire setti membranosi, anche con parziali aderenze, a spese sopratutto del connettivo. Questo fu confermato con l'esame comparato di sepimenti naturali.

Risulta facilmente da esse che lo sviluppo della vagina non può essere posto in discussione, nella ricerca della formazione dei setti membranosi, che nel periodo di atresia fisiologica, vale a dire, nel periodo fetale, poichè per la vagina non ha luogo ciò che si verifica per altri organi ricordati da Duval (1), cioè che la distinzione della loro propria età embrionale e fetale non corrisponde a quella del corpo in generale. E neppure è applicabile in misura assoluta, per simili deformità del lume, il rimprovero mosso dallo stesso autore a coloro che attribuendo le mostruosità e deformità a malattie dell'embrione o del feto indistintamente presuppongono, in tutte le loro ipotesi, organi già costituiti normalmente, dove la malattia viene ad alterare forma e costituzione istologica. Infatti nel periodo in discorso (che non è più

(1) Ch. Bouchard. « Traité de pathologie générale (Pathogénie générale de l'embryon), » p. 161, Paris, Masson, 1895.

quello di prima formazione, più propriamente teratologico) la forma dell'organo con la struttura è già stabilita e appena può farsi questione dello sviluppo dell'epitellio.

Il principio affermato dagli avversari della origine congenita dei setti, rimane dunque vero almeno per il primo periodo di formazione della vagina, quello embrionale. Era già noto che ulteriormente non si produrrebbero facilmente setti molto spessi, poichè è ovvio ritenere che le alterazioni siano tanto più estese, quanto maggiore la causa alterante e minore l'età dell'organo.

Lo studio della vagina fetale nel 5.° mese e per tutto il periodo di atresia fisiologica, è tornato utile a rischiarare la questione della origine dei sepimenti vaginali. Infatti da esso risulta che difficilmente le pieghe o sporgenze della parete possono concorrere alla formazione dei diafragmi, intesa nel senso di un arresto di sviluppo (per la maturità precoce dell'epitellio al loro livello e la direzione spirale), mentre esse sono certamente elementi favorevoli alle aderenze nei setti acquisiti. Invece nelle insenature fu riconosciuta una più probabile attitudine a saldamenti, poichè i mutamenti fisiologici delle cellule epitelliali ed il processo di distacco è assai più lento che altrove. Che l'epitellio mantenga ivi le qualità embrionali, a preferenza che nei punti sporgenti, è in accordo con quanto rilevò Pestalozza (l. c.), che cioè l'epitellio tende a riprendere la forma primitiva anche nella vita adulta, allorchè le pareti si atteggiano a spazio chiuso.

A livello delle insenature, che sono numerose nel periodo accennato, come risulta dai preparati, è più facile ammettere le aderenze epitelliali permanenti di Piana e Bassi, o stabilità del processo di Ercolani, o almeno, in ogni caso, una più lunga durata del periodo precedente al distacco completo epitelliale. Queste insenature furono osservate in tagli trasversali seriali regolarmente; sono dunque insenature sopratutto longitudinali, nelle quali, potendo accettare la formazione di aderenze (aderenze laterali), si provoca, rispetto al lume vaginale, lo stesso fenomeno di una borsa a guaina, dove, stringendo il laccio, si addossano tutti i lati delle ripiegature longitudinali, risultandone restringimento o chiusura dell'apertura. Un fatto parziale di queste saldature laterali potrebbe essere rappresentato dalle valvole semilunari o falciformi, comprendenti solo un tratto di parete, anzi, all'infuori della considerazione di setti congeniti o acquisiti, queste

ripiegature parziali della parete sono la prova indubitabile della possibilità di aderenze laterali. Ma consimili interpretazioni possono riservarsi ai sepimenti parziali, tutto al più ai sepimenti circolari o anulari a largo foro centrale, e di carattere probabilmente transitorio.

Non bisogna perdere di vista che in sepimenti congeniti supposti come prodotto di atresia fisiologica, deve esistere un epitellio centrale. Che questo ultimo possa venire eliminato in progresso, senza intervento di nuovi processi, è dubitabile. La coesistenza invece dello stesso con processi acquisiti fu dimostrato chiaramente dall'esame delle preparazioni di setti naturali. L'epitellio centrale sarebbe la ragione della esistenza del setto, poggiando su di esso l'adesione delle pareti, ma non è facile dimostrarne l'esistenza per tutti i casi, giacchè l'apertura centrale che si forma così comunemente nella distensione durante il parto, può essere riferita ad altro che a deboli attacchi epitelliali, provocandosi nel punto più sottile del setto. Qui entra in campo lo spessore dei diafragmi a proposito del quale Puech citato, ha distinto tre varietà: una « membranosa » (costituita di doppia mucosa a connettivo interposto raramente unito a fibre muscolari); una « media » spessa da 10 a 40 mm.; una terza « considerevole » superiore a 4 cm., a livello della quale vescica e retto sono pressochè a contatto. Delaunay ammette per limiti 1 e 6 mm. entro i quali si presenta tessuto muscolare, nel connettivo, solo nei setti grossi.

Charpentier restringe ancora i limiti (1 a 5 mm.). In quanto a Breisky fu già detto che ammette come limite superiore 3 cm. Discutere ulteriormente questi limiti diventa inutile per quello che fu rappresentato in modo chiaro e completo dal setto sperimentale. Infatti coll'esperimento fu stabilito che vi può essere setto sottile o no « senza accrescimento di tessuto, » per la sola distensione delle pareti preesistenti, esercitata specialmente a spese del connettivo superficiale fino a comprendere, nei gradi maggiori, il tessuto muscolare nella periferia.

Nei punti dove più intensa è la trazione, o il tessuto è attratto per maggiore estensione, ivi compare un contingente maggiore di fibre muscolari e di vasi. Nel setto artificiale fu perciò considerato uno spessore periferico variabile pressochè in ragione inversa della distensione subìta dalle pareti, e uno spessore centrale che sta ad indicare propriamente l'estensione del tratto di pareti adeso; questo rappresenta veramente ciò che dovrebbe intendersi per ispessore del setto. È negli

stessi limiti che si deve considerare lo spessore a proposito dei setti naturali. Invece Cazeaux citato descrive il sepimento sotto l'aspetto della distensione collo speculum, rilevandovi una superficie di un pollice di diametro. Questa superfice era, senz'altro, la parete vaginale distesa.

Quantunque radi i casi di esame istologico dei setti, però sono tutti concordi nella presenza di due superfici mucose, connettivo interposto e talora muscolare come nel setto artificiale; ciò è conferma del fatto che si tratta costantemente di « parete stirata. » Altra conferma è nei due casi di Heinrichsen (1) di strettura membranosa per crampo dell'elevatore dell'ano.

Le condizioni e i processi che accompagnano la formazione di un setto si rivelano molto semplici nei casi acquisiti, dove l'epitellio sia leso o le superfici opposte, cruentate. Come in una ferita, si impiantano granulazioni riparatrici che si addossano a quelle dirimpetto pel contatto delle pareti. Subiscono l'agglutinamento e fusione dei rispettivi vasi attorno ai quali si accumulano le cellule migrate per diventare elementi fusiformi e finalmente connettivo stipato. Mancando elementi ghiandolari, l'epitellio sarà fornito, dove occorre, dal rivestimento immediatamente adiacente al tessuto granulare, pel suo strato profondo. Tuttociò secondo i processi indicati dagli esperimenti di Tiersch (2). Il setto risulta, in ogni caso, formato dalla parete vaginale, e le conseguenze della ulteriore retrazione si accordano pienamente con quelle delle trazioni sperimentali del tessuto vaginale nel setto artificiale. È nota l'affinità che corre tra i processi riparatori e la cosidetta infiammazione adesiva di superfici connettivali a contatto e delle sierose, principalmente. Ma è certo che una attitudine a saldature senza lesione pregressa non può domandarsi neppure agli epitelii del rivestimento vaginale, la stessa evoluzione fisiologica delle cellule, dallo strato profondo al superficiale, dovendo opporsi all'adesione.

Del resto anche nella forma adesiva senile descritta da Hildebrandt, come in quella infantile di Simpson, precedono lesioni (erosioni del muso di tinca, escoriazioni, conseguenze di parti difficili, ecc.) dell'epitellio, anche se non prettamente ulcerative. La possibilità di aderire

---

(1) Heinrichsen. « Strictur der Scheidengewölbes, etc. » *Archiv f. Gyn.*, Bd. XXXIII.

(2) A. Landerer. « Manuale di pat. e ter. chirurgica gen. » Trad. Dandolo, Milano, Vallardi.

delle pareti lese, è in ogni caso in rapporto colla statica della vagina, per la necessità di un contatto durevole. Per questo fu presa in esame anche la situazione della vagina, nella età fetale e adulta, con gli spaccati e collo esperimento sulla vivente.

Ritornando all'atresia fisiologica, che dee rischiarare la ricerca dei casi congeniti, noto che tutti gli autori citati sono concordi nell'interpretare l'atresia in discorso, quale conseguenza di aderenze o saldature delle pareti vaginali precedentemente separate da un lume. Geigel (1) sembra ritenere le pareti come agglutinate. L'azione muscolare e lo sviluppo degli apparecchi muscolari locali, secondo Piana e Bassi, l'allungamento e l'appiattimento antero-posteriore delle pareti vaginali, secondo Tourneux e Legay, sono la causa determinante il contatto. La comparsa delle « cellule centrali » sarebbe il momento che provoca il distacco ulteriore delle pareti, la cessazione dell'atresia fisiologica. Il meccanismo del distacco, secondo i primi, poggia sopra la degenerazione delle cellule centrali, produzioni di liquido albuminoso o di gas. Queste cellule centrali si formano allorchè l'epitellio originario diventa pavimentoso stratificato. Per i secondi è una distensione brusca operata nella vagina dalla proliferazione rapida di cellule pavimentose che fa distaccare le pareti dove si formano contemporaneamente ripiegature.

Che le ripiegature si sviluppino entro il periodo dell'atresia fisiologica, è ammesso anche da Piana e Bassi, che furono i primi con Ercolani ad osservare questo periodo, ma è troppo evidente il contrasto tra la distensione brusca delle pareti con cellule proliferate e ingrossate, da un canto e uno sviluppo regolare di pieghe dall'altro, nelle conclusioni di Tourneux e Legay. Anche rispetto al contatto delle pareti, questi ultimi autori non definiscono condizioni precise con le ipotesi di allungamenti e appiattimenti, mentre, per loro stessi, nella vagina inferiore è più durevole l'atresia, senza appiattimento. La influenza degli apparati muscolari locali in via di sviluppo invocata da Piana e Bassi, è meno ipotetica e trova appoggio nella forma della vagina inferiore compressa nei lati.

Tuttavia simili condizioni traggono con sè la necessità di altri

---

(1) R. Geigel. « Ueber Variabilität in die Entwicklung etc. » *Werh. d. phys. Gesell.*, Würzbourg, 1883.

momenti ipotetici: la cessazione dell'azione muscolare o uno squilibrio improvviso tra l'allungamento delle pareti e il loro spessore epitelliale. Questi momenti fanno entrare il dubbio sopra il duplice meccanismo dell'atresia e del distacco normali. È certo che non occorre complicare la spiegazione di fatti naturali, quando essi si prestano ad interpretazioni più semplici. Così, richiamando la proposizione di Piana e Bassi, colla quale questi autori per i primi, e nel modo il più chiaro, hanno riconosciuto che il fenomeno dell'atresia è legato alla comparsa di epitellio piatto, diventa naturale supporre che fatti finora cosi rigorosamente separati, come l'atresia e il distacco, con momenti causali così disparati, siano riuniti in uno stesso momento: la produzione aumentata di epitellio. Con questa potrebbe spiegarsi, ad un tempo, l'addossamento intimo delle pareti e l'ulteriore distacco allorquando le cellule superficiali avessero subìto le ultime fasi del loro sviluppo. Ma a tutto ciò contrasta la necessità di supporre dei processi cellulari troppo lenti e il reperto di cellule distaccate, relativamente poco alterate.

Del resto le difficoltà maggiori non sono nella interpretazione della fase finale del fenomeno. Mentre infatti la fase di allontanamento o distacco delle pareti riesce evidente per la interposizione delle masse centrali di cellule proliferate e sciolte nei loro mezzi di unione, contemporaneamente o poi degenerate in modo sensibile, non può dirsi che pei reperti degli autori citati e per quelli ora descritti sia resa ancora chiara la fase precedente.

Fu accennato al processo di evoluzione dell' epitellio vaginale in condizioni patologiche per la donna e fisiologiche per gli animali. Vi è certamente un momento dello sviluppo dell'epitellio che può essere supposto favorevole ai processi di adesione, quando cioè le cellule ovali soprapapillari, non hanno ancora raggiunto quei limiti di modificazione del protoplasma e appiattimento, che portano con sè, certamente, inettitudine alle aderenze. Il momento in discorso appartiene ai periodi iniziali del distacco; certamente è posteriore a quello indicato dagli autori citati come punto di partenza della atresia. Essi vedono l'atresia transitoria fisiologica, resa permanente, a livello della quale però è da supporre un arresto di sviluppo delle pareti perchè l' ipotesi non rimanga indeterminata o incompleta. In tal modo mantenendosi l' aderenza e senza aumento delle pareti e dell'area epitelliale, questa ultima nell' adulto potrebbe rappresentare il foro o depressione centrale che

si provoca durante la distensione della vagina. Non può concepirsi un aumento dell' area epitelliale secondo l' estensione delle pareti, estendendosi pure la linea di aderenza senza intervento di nuove cause e uscire dal concetto di un arresto di sviluppo.

Comunque intesa, la dottrina esposta non soddisfa ancora completamente perchè lascia lacune rispetto alle stenosi. Riprendendo la considerazione degli strati cellulari intermedi, rispetto alla possibilità di adesioni, torna utile ricordare la mancante uniformità del processo di atresia e distacco normali, notata nei preparati e descrizioni degli autori. Il fatto provvido e costante della presenza delle cellule centrali distaccate, assicura in maniera evidente dalla possibilità di coaliti, così il vuotamento di queste masse cellulari che non si verifica prima della formazione di un normale strato superficiale, non suscettibile di adesioni. Furono però osservate le differenze costanti del processo del distacco nelle insenature e nei tratti sporgenti, altre differenze nei vari livelli della vagina, finalmente differenze individuali rispetto al tempo ed alla intensità del medesimo processo. Tuttociò rende proclivi ad ammettere la possibilità di deviazioni in questo fenomeno fisiologico. Dato un vuotamento parziale delle masse centrali, ammissibile, perchè il processo non si svolge uniformemente, vengono a contatto immancabile per la pressione esterna, le cellule epitelliali fisse e fornite di una attività destinata a mantenersi a lungo nelle insenature. Restano a contatto o adesi epitelli dove l'attività evolutiva, per la disposizione nota delle cellule tra le papille e nelle concavità è diretta principalmente verso l'entrata di queste o al centro del lume vaginale, così sono meno facilmente allontanate le superfici a contatto, dalla formazione di cellule piatte o da nuovi distacchi. In questo modo non è inceppato, con lo sviluppo della rimanente parete, neppure quello dell' epitellio.

Ma con questo non si hanno atresie bensì stenosi che, nel senso di congenite, da Breisky [al quale non era sfuggita l' influenza della disquamazione sopra la formazione di restringimenti a preferenza di atresie (1)] erano ritenute più rare.

Con tuttociò è ancora lungi dall' essere definita, neppure dagli autori che l' ammettono (Spiegelberg, Breisky, Bloch, ecc.) la natura

---

(1) Breisky. L. c., p. 51, § 22.

precisa dell'adesione epitelliale. Questa è stata forse discussa maggiormente a proposito dell'utero che della vagina. Naegele (1) ha descritto le aderenze del cosidetto conglutinamento dell'orificio esterno uterino come tessuto membranoso o filamentoso connettivale, analogo a quello che unisce la placenta all'utero, od a quello che riunisce la pleura e tutti i foglietti sierosi quale risultato di flogosi. La membrana occludente fu osservata anche all'autopsia di donna morta in travaglio. Depaul crede pure all'esistenza costante di fatti infiammatorii (2). Spiegelberg (3) accetta i risultati dell'infiammazione adesiva vaginale e cervicale, ed ammette anche un'atresia epitelliale membranosa per masse epitelliali ispessite. Quest'ultima è accettata pure da Bloch (4) a preferenza delle note vedute di Schroeder. Winckel (5) riconosce, recentemente, la esistenza esclusiva di adesioni organizzatedi natura flogistica impiantate sopra distruzioni di epitellio ecc. Breisky (6) invece ha ammesso la possibilità di otturamenti epitelliali membranosi, poco resistenti.

Ho detto già che la questione potrà esser meglio rischiarata da una cognizione più precisa delle modificazioni chimiche del protoplasma cellulare e dei mezzi intercellulari, traverso le fasi, descritte sopra, sia nello stato patologico che fisiologico. Non avendo potuto raccogliere, nel materiale di osservazione, atresie naturali, non è possibile fare più che ipotesi. Del resto i modi sovraesposti di vedere sono analoghi a quelli espressi da Bokay (7) a proposito delle aderenze prepuziali, invocate insieme alle palpebrali, a termine di paragone con le vaginali da Piana e Bassi assai prima che da Geigel (8). Il detto autore

---

(1) Naegele. V. H. F. Naegele et W. L. Greuseropc.; W. I. Schnitt, F. C. Naegele, H. F. Naegele « Mogostocia etc. » Com. Heidelberg, 1835. — A. Charpentier. Op. c., p. I.

(2) Depaul. V. Caseaux et Tarnier, op. c.

(3) Otto Spiegelberg. U. Wiener. L. c., § 583. « Verschluss der Mutt. » S. 514.

(4) A. Bloch. « Un caso di conglutinamento dell'orif. est. dell'utero in donna affetta da vizio di conf. degli arti ecc. » *Annali di Ost., Gin. e Pediatria*, n. 2, 1883.

(5) F. Winckel. « Lehrbuch der Geburtshilfe, einschliess. d. Pathologie Therapie des Wochenbettes. Zw. verbes. Auflage. » Leipzig, Veit, 1893.

(6) Breisky. L. c., p. 19. — V. anche P. Negri. « A proposito dell'incompleto tramezzamento ecc. » *An. di Ost. e Gin.*, 1887 e Budin, *Progr. méd.*, 1887, l. c.

(7) Bokaj. V. E. Albert « Trattato di chirurgia e medicina operatoria. » Trad. Resegotti, Milano, Vallardi, vol. IV.

(8) R. Geigel. « Ueber Variabilität in die Entwicklung etc. » *Verhandl. phys. med. Gesell.*, Wüzbourg. È pubblicato nel 1883.

però denomina impropriamente come una « mancata corneificazione » delle cellule epitelliali la causa delle aderenze congenite delle superfici del ghiande e del prepuzio. Colucci e Klebs interpretarono invece le adesioni prepuziali come espressione di una incompleta separazione della lamina prepuziale da quella del ghiande (1) e Kaufmann (2) anche nella fimosi congenita vede il risultato di processi acquisiti, cioè di leggera flogosi stabilitasi al momento del distacco delle due lamine epitelliali. Anche le vedute di Kaufmann trovono riscontro in quelle espresse da alcuni autori intorno alla vagina.

È certo pertanto che se può ancora discutersi il modo di originarsi delle atresie, nessuno però dei periodi di sviluppo intrauterino della vagina presenta condizioni più favorevoli alla comparsa di atresie o restringimenti come quello che, descritto da Piana e Bassi e intraveduto da Ercolani, io ho denominato di « atresia fisiologica. » Con le vedute esposte riguardo all'epitellio delle insenature, si accorda, dunque, meglio il concetto di stenosi che quello di vere atresie, ma ciò è anche in accordo con l'ipotesi espessa da Schroeder e A. Martin (3) a proposito del canale cervicale, dove essi non vedono che stenosi.

Lo stato descritto dell'epitellio nelle insenature, durante il periodo del distacco, rappresenta probabilmente, come altri stati fisiologici nei quali l'organismo è più accessibile o meno resistente alle influenze morbose, anche una condizione normale più favorevole alla invasione di processi patologici che da alcuni autori furono ritenuti la causa pressochè unica dei restringimenti anche congeniti.

Con tale considerazione sono ridotte maggiormente le probabilità di semplici arresti di sviluppo nella vita intrauterina, ma rimane anche accertato che i setti, in questo periodo, non possono derivare da fusione di pieghe, se non è avvenuta distruzione dell'epitellio superficiale. Non fa contrasto a questa opinione la possibità di incastro delle pieghe in questo periodo, descritta da Dohrn (4) poichè quest'ultima deve essere estremamente limitata dalla direzione spirale delle creste, conseguenza del fenomeno di torsione della vagina, dimostrato nei pre-

---

(1 e 2) V. Albert. Op. cit.

(3) A. Martin. « Manuale di Ostetricia. » Trad. Morisani, p. 230, Vallardi.

(4) Dohrn. « Ueber die Enswicklung des Hymens, Schrift. d. Befor. d. Naturwis. Z. Marburg. » Cassel, 1876, citato.

parati. A molte offese sono certamente più esposte le creste e i tratti sporgenti, come, in un modo assai semplice, può essere compreso per traumi nella vita estrauterina.

Di quale indole siano le offese possibili dell'epitellio vaginale dopo la nascita, fu già riferito largamente con le statistiche degli autori, ma nella vita intrauterina la serie di esse è certamentre ristretta.

Nel linguaggio degli autori è fatto appena cenno di agenti flogistici, così Breisky, ma per altri, come Olshausen, Mackenrodt, sembra non sia fatto posto ad alcuna causa avanti la nascita. Secondo Perls (1) le infiammazioni fetali furono studiate per la prima volta da Fernelius nel XVI secolo: anzi le malattie di cui si occupò propriamente, erano infettive: vaiuolo, malaria, secondo Ballantyne (2). Ma, nonostante i progressi dell'embriologia e fisiologia del secolo successivo, la comparsa di trattati speciali iniziata da F. I. Düttel nel 1702 (3) e lo sviluppo odierno della patologia fetale, non è possibile ricavare elementi intorno a lesioni dei genitali, sufficenti a rischiarare la questione delle atresie. Ma anche senza di essi, altri argomenti concorrono a confermare l'importanza dell'atresia fisiologica. Infatti come potrebbe accettarsi altrimenti, secondo dottrine riferite sopra, l'arresto di sviluppo in epoca anteriore (tubi di Müller), così limitato e ad un livello così pari da portare ad un setto membranoso?

Parecchi autori, come Delaunay, hanno voluto riconoscere nel duplice foro di molti diafragmi, l'espressione dei lumi primitivi dei tubi di Müller, e a quelli si aggiunge, al tutto di recente, Magendie Husté. A parte che una simile interpretazione contrasta colla obbiezione precedente, essa lascia inesplicati od impone una interpretazione nuova pei casi congeniti a foro centrale o con più di 2 aperture come nel caso di Putnam (4) e devesi pure osservare che due aperture simmetriche furono notate nei casi di setti squisitamente cicatriziali di Fritsch (5),

---

(1) Perls. « Manuale di patologia gen. » Trad. Antonelli, ed. Detken, 1883.

(2) I. W. Ballantyne. « The diseases and deformities of the foetus, an attempt towards a system of antenatal pathology. » Vol. I., Edinburgh, 1892. Di questa importante opera è comparso il II vol. nel 1895.

(3) Ibid.

(4) Putnam. *The Amer. Journ. of med. sc.*, 1850.

(5) Fritsch. V. Courant, *Centralbl. f. Gyn.*, 1893. (« Zur Indic. d. Porro'sch. Oper. b. narbig. Striktur u. Fistelbil. in d. weichen Geburtsweg »).

Jarjavaj (1), ecc. Questi fatti allontanano la possibilità di riferire al periodo di prima formazione della vagina l'origine dei sepimenti membranosi, e confermano l'ipotesi che la vagina sia colta dal processo ad uno stadio di sviluppo ulteriore. Meno ancora la sede variabile di setti a cui viene assegnata la regione inferiore della vagina da Kleinwächter, Breisky, ecc., la superiore da Osterman, Lyon, e una regione indifferente da Delaunay, si accorda con elementi embrionali fissi come l'avvicinamento delle pareti in basso, descritto da Dohrn, e neppure con l'incontro dei tubi di Müller col seno urogenitale per coloro che ammettono l'origine duplice della vagina.

Tuttavia l'atresia unilaterale o bilaterale in casi di vagina doppia, può fare tuttora ritenere che anche nel periodo embrionale siano possibili arresti di sviluppo così limitati come quelli di sepimenti membranosi. Questi casi in cui si associano due sorta di sepimenti, longitudinali e trasversali, non sono eccessivamente rari come credeva Puech; già nel 1886 Winckel (2) ne avera raccolto 46 casi. La maggiore frequenza dell'atresia a destra si spiega secondo Sicherer (3) per differenze di sviluppo tra il canale di Müller destro e il sinistro. Neudörfer (4) e M. Simon (5) hanno descritto inoltre casi accertati di atresia bilaterale.

Mentre pei casi di setti trasversali ho osservato che impropriamente si intendono nel senso di tramezzi di tessuto anormale interposti nel lume vaginale, mentre si tratta solo di una esistenza virtuale, di parete vaginale stirata, tanto che meglio vi si adatta il nome di « aderenze vaginali, » per contrario ai sepimenti longitudinali è logico accordare una forma propria e permanente anche fuori dello stato di tensione. Infatti lo rende probabile l'atteggiamento ordinario delle pareti nella vagina chiusa, già descritto. Quest'ultimo è il risultato di leggi di accomodamento nello spazio, alle quali si adatta completa-

---

(1) Jarjavaj. *Le Progrès*, pag. 561, 1859. V. Le Fort, loco cit. Si trattava di una sifilitica, lo speculum era arrestato a circa 5 cm. di profondità e si offrivano due piccoli orifici laterali.

(2) F. Winckel. « Lehrbuch der Frauenkr, » citato.

(3) Sicherer. « Uterus bicornis bicollis. Pyometra und Pyokolpos lateralis in Folge von Atresia vaginalis dextera. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLII, Hft. 2.

(4) Neudörfer. Diss. inaug., Tübingen, 1873.

(5) Max Simon. « Zwei Missbildungen. » *Centralbl. f. Gyn.*, n. 51, 1894. Ricorda un caso comunicato al congresso dei naturalisti nel 1893.

mente il setto, allorchè s'intenda raddoppiata la figura normale di H in sezione trasversale, situandosi le due lettere di lato: H H. Il setto costituisce, in istato di riposo, l'intermezzo delle due lettere, e questo è anche l'unico modo di interpretare l'adattamento delle pareti in caso di setto longitudinale, senza mancare alle leggi dimostrate nei casi normali.

Le differenze tra le due sorta di setti sono dunque profonde come per l'origine, che, evidente in quelli longitudinali, è oggetto ancora di discussione per i trasversali. Le differenze debbono inoltre essere necessariamente estese anche al periodo di comparsa dei setti stessi. Infatti nella ipotesi di una lesione unilaterale dei tubi di Müller, precedente alla loro fusione, è da accogliere la possibilità di altri fatti, dei quali Winckel (1) parla distesamente a proposito delle alterazioni congenite delle trombe falloppiane, ed è da credere per queste considerazioni di patologia dei tubi di Müller che non potrebbe una lesione cogliere un tratto così limitato dei canali, senza altre conseguenze, di cui non si ha traccia nei casi osservati. Esaminando poi gli stessi casi sotto il rapporto della configurazione delle pareti, queste ricordano l'aspetto di vere e proprie vagine, ciò che non meraviglia se può ammettersi la vagina unilaterale per sviluppo da un unico canale di Müller. Nell'importante caso descritto e operato felicemente dal chiarissimo prof. E. F. Fabbri (2), esistevano rugosità anche nella vagina affetta da atresia: la descrizione dell'impianto del setto longitudinale poi, rappresenta nel più chiaro modo la torsione subìta dalle vagine. L'atresia occupava la regione inferiore della vagina destra. Anche nel feto di Odier e Chantreuil (3) eranvi creste nel lato atresico. Per l'attuale questione interessano anche i casi più numerosi di vagina doppia senza atresia. Nel caso di Guzzoni (4) il setto è « pieghettato » come le pareti vaginali, ed era noto anche agli autori meno recenti che il contegno della mucosa era analogo a quello di vagine normali. Così

---

(1) Winckel. Loco cit.

(2) Ercole Federico Fabbri. « Ematocolpometra laterale per atresia inferiore della metà destra della vagina in un caso di duplicità del canale generativo. » *Bollettino delle scienze mediche*, Bologna, 1875, Sez. V, vol. XX, pag. 120.

(3) Odier et Chantreuil. « Cas de vice de conformation. » *Gaz. méd. d. Paris*, n. 40, pag. 652, 1866.

(4) A. Guzzoni degli Ancarani. Loco cit.

Cassan (1) descrive « pieghe circolari pronunciatissime, » Lacombe (2) numerose pieghe trasversali moltiplicate nelle pareti anteriore e posteriore, ed Eisenmann (3) vide rughe come nelle vergini. Finalmente Calori (4) vide nell' utero e vagina doppi di un feto celosomo, anche le metà percorse longitudinalmente da un' evidente piega palmata che poteva rappresentare la colonna della parete posteriore. Tuttociò toglie ragione a riguardare in modo differente l'atresia di queste vagine, da quella di vagine semplici.

Un punto certamente imbarazzante per le teorie esclusivamente embriologiche è quello della esistenza di setti multipli, affermata da numerose osservazioni. Già il Benevoli (5) che denomina opportunamente i setti « attaccature » pare osservasse due sepimenti, in una vagina, che però seppe giustamente attribuire a un trauma dell'infanzia. I casi di setti duplici sono del resto i più numerosi [Charrrier (6), Thompson (7), Roth (8), Longhena (9), Massarenti (10), Devilliers (11), ecc.]. Nélaton (12) vide 3 sepimenti, e Charpentier (13) afferma che se ne possono osservare fino a 4; tali sono infatti il caso famoso di Fristo, riferito dal figlio (14) e quello di Leyral (15). Per questi ultimi casi diventa anche più difficile la interpretazione che in quelli di setti duplici,

---

(1) Cassan. « Récherches sur les cas d'utérus double. » Paris, 1826, pag. 24.

(2) Daniel Lacombe. *Bulletin de la Soc. Anat.*, t. II, pag. 227

(3) Eisenmann. « Quat. tab. anat. uteri duplicis. » Strasburg, 1752.

(4) L. Calori. « Di tre celosomi umani. » Mem. d. Accad. d. scienze d. Ist., Bologna, s. II, t. II, 1862. In questo lavoro è respinta l' ipotesi della origine Mülleriana della vagina.

(5) Antonio Benevoli. Dissertazioni, ecc., aggiuntevi 40 osservazioni, 3 delle quali sulla rachitide e le altre su diversi casi di chirurgia. In Firenze, 1747, op. V, pag. 96. Denomina l'ostacolo « attaccatura nella vagina. »

(6) Charrier. *Gaz. des hôp.*, 1865.

(7) Thompson. *Dublin, Gaz.*, 1856.

(8) Roth, *Monats. f. Geb.*, t. XIX, s. 150, 1862.

(9) A. Longhena. « Distocia per atresia vag. cong. da setti trasv. nel canale, ecc. » Bologna, 1880.

(10) Massarenti. « Rendiconto statistico della Clin. Ost. di Bologna dal 1860, ecc., 1883. » Caso unico di atresia vag. su 2358 parti.

(11) Devilliers. *Revue méd.*, 1845, pag. 497.

(12) Nélaton. V. Neugebauer, loco cit.

(13) Charpentier. Op. cit.

(14) Fristo. « Cas de dystocie par oblitération du vagin. » *Gaz. des hôp.*, n. 96, 1861, p. 382.

(15) Leyral. « Fils, med. a Vontezac. Dystocie par obl. du vagin. » Ibid., n. 110.

dove alcuni, come Osmont (1) hanno ammesso per l'uno l'origine congenita, per l'altro l'acquisita. Questa duplice origine può essere riconosciuta, del resto, in uno stesso sepimento come fecero Roth e Breisky, ed è verosimilmente più frequente di quello che appaia nella letteratura. La moltiplicità dei setti non imbarazza invece la interpretazione quando a base di questa si pongono condizioni generali di insenature a distacco tardivo e possibilità di contatti che si trovano per tutto il tratto vaginale. Dovrebbe anzi sorprendere di non osservare più frequenti le aderenze multiple, mentre anche l'esperimento del setto artificiale ha provato che non necessitano contatti estesi per stabilire i sepimenti. È da ritenere intanto, per le difficoltà di apprezzamento esatto di setti accessori o rudimentali in condizioni di maternità, che essi sfuggano talora alla descrizione. La condizione mal definita di questi setti accessorii e rudimentali fu espressa opportunamente da Decio (2) dicendo « irregolare » la cavità sovrastante al diafragma.

Riconosciuto il periodo terminale di atresia fisiologica, il più favorevole alla formazione, sopratutto di stenosi permanenti congenite, per l'andamento più lento del distacco a livello delle insenature, rimane, nel campo dei restringimenti congeniti, a discutere se cause di aderenze, analoghe a quelle della vita estrauterina, siano ancora possibili nella vita fetale. A queste ultime infatti, Breisky riconduce la possibilità di restringimenti congeniti, nella maggioranza dei casi, con la espressione di « catarro fetale. »

Ogni processo capace di condurre a distruzione dell'epitellio di rivestimento vaginale è senza dubbio ragione sufficente di formazione di aderenze delle pareti, come nella vita estrauterina. Però fu già accennato che Martin fa riserve nel ritenere le forme catarrali di colpite, quali cause di atresia. Invece, attesa la preponderanza, accertata nella letteratura, delle lesioni infettive nella etiologia delle aderenze dopo la nascita, è opportuno rivolgere la questione verso le infezioni intrauterine che, solo in parte, potrebbero rientrare nella espressione indeterminata di catarro fetale.

Come fu rilevato, la serie di offese dell'epitellio vaginale fetale deve

---

(1) Osmont. *Revue m. ch. d. mal. d. femmis*, Oct. 1893.

(2) Decio. Loco cit.

essere ristretta e sono forse quelle infettive le sole possibili. A proposito di una questione così vasta e complessa come quella della trasmissibilità delle infezioni da madre a feto, è appena da riferire, per non uscire dai limiti del lavoro, che l'osservazione clinica e sperimentale fu sopratutto occupata nell'assicurare la possibilità e il meccanismo di trasmissione. E appunto per tutte le malattie infettive (vaiuolo, cholera, tifo, roseola, più raramente nella scarlattina, difteria ecc.), alle quali furono attribuiti i restringimenti nella vita estrauterina, fu accertata la trasmissione al feto (1). Fu affermato il passaggio di agenti figurati viventi anche attenuati e di tossine che alterano la resistenza [Charrin (2)]. Tale passaggio col grado della lesione dei tessuti fetali, è regolato da condizioni complesse del tessuto placentale, pressione sanguigna materna e fetale, qualità e quantità del virus, ecc. Oltre di queste e dei prodotti solubili che possono modificare la resistenza embrionale o fetale, è da tenere conto della reazione propria dei tessuti embrionali [Maffucci (3)]. In proposito è da ricordare il caso di Carbonelli (4) di infezione di forma subacuta in un feto senza lesioni apparenti della salute della madre. Nel campo degli studi accennati (come già fu riconosciuto), è inutile ricercare elementi precisi intorno alla origine congenita delle aderenze vaginali. Così i fatti accennati rimangono ancora l'argomento, pressochè esclusivo, per attestare la probabilità di processi, nel feto, atti a provocare la formazione delle aderenze in discorso.

Dalla anatomia patologica fetale, a proposito di stenosi dei canali, furono sopratutto rilevati strozzamenti o restringimenti per aderenze peritonitiche [Perls (5)]. In mancanza di studi sul contegno della vagina nelle infezioni fetali, giova richiamare altri fatti appartenenti alle infezioni tossiche e batteriche della vita estrauterina.

Come fu osservato per le successioni puerperali delle malattie in-

---

(1) Ch. Vinay. « Traité des maladies de la grossesse, etc. » Paris, 1894.

(2) A. Charrin. In: Bouchard. « Trattato di patol. generale. » Trad. Silva, Torino, 1896. (« L'infezione, » pag. 72).

(3) A. Maffucci. « Sulla patologia embrionale infettiva. » Comunicazione alla Soc. It. di Chirurgia, IX ad., Roma *(Il Policlinico,* 1894).

(4) G. Carbonelli. « Infezione congenita di un feto con madre sana. » *Rivista di Ostetr. e Ginec.*, Torino, 1891.

(5) Perls. Op. cit.

fettive della gravidanza (1), le lesioni locali sono raramente in rapporti così semplici colla infezione generale, da ritenersi l'effetto degli stessi agenti specifici e non di altri associati. Così se nei casi di Bumm, Brinkmann, Nisot, secondo Rossi-Doria (2) potè essere applicata con buon esito la sieroterapia antidifterica, e in quello di Nisot (3) fu ricavato il bacillo di Löffler dai genitali in cultura pura, è anche vero che quest'ultimo autore potè assicurarne la via di entrata esclusivamente vaginale. In proposito è utile ricordare il caso di F. L. Neugebauer (4) con la discussione cui diede luogo alla Società medica di Varsavia: una pluripara giovane che fu ammalata di cholera, con emorragie dai genitali, è in seguito riconosciuta atresica fino a 5 cm. dall'introito che non ammette del resto più che il mignolo. Muore nella Clinica di Neugebauer, di peritonite icorosa attribuita a ferite per tentativi recenti di coito. Esisteva del resto tubercolosi pulmonale. La vagina fu conservata. Nella discussione relativa Brodowsky descrive le lesioni della mucosa genitale nel cholera, ritenute conseguenze di un catarro acuto al quale si aggiungono processi difterici, terminando con aderenze.

Alla stessa Società Przewoski (5) dimostrò lesioni in forma di pseudomembrane, più accentuate nel segmento superiore della vagina di alcune donne morte di dissenteria, che attribuì, contrariamente al parere di Hewelke, favorevole ad una migrazione di b. coli, ad agenti provenienti dall'esterno. La possibilità di invasioni multiple anche nel feto (quantunque debba ritenersi, comunemente, sottratto a cause locali primarie di infezione) risulta del resto anche dal caso recente di Dürk (6), che in un neonato partorito durante la 3.ª settimana di tifo addominale e morto dopo 9 ore, riscontrò contemporaneamente il bacillo di Eberth-Gaffky nel fegato e lo stafilococco piogene bianco nella milza, interpretandoli per il prodotto di una infezione mista pla-

---

(1) Ch. Vinay. Loco cit.

(2) T. Rossi Doria. « Sul valore della sieroterapia nelle infezioni puerperali (618-72). » *Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia*, vol. III, pag. 243, Roma, 1897.

(3) Nisot. *Bull. d. l. Soc. Belge d. Gyn.*, n. 1, 1896.

(4) F. L. Neugebauer. Loco cit., pag. 207. Caso 983. « Ruchla Scharbech. » Settembre 1894.

(5) Przewoski. Ibidem.

(6) Duerk. « Ueber intrauterine Typhus und Miskinfektion einer lebensfähigen Frucht. » (*Münchener med. Wochenschr.*, n. 36, 1896). V. *Centralbl. f. Gyn.*, n. 46, 1896.

centare. Giova per ultimo tener conto di alcuni lavori intorno alla flora vaginale dell'età più prossima a quella fetale.

Acconci (1) nella sua relazione alla 2.ª riunione della Società Italiana di ostetricia e ginecologia, ha affermato che la vagina « esposta in alto grado alla infezione per contatto o per immigrazione spontanea » ha una flora « ricca di svariatissime specie di microorganismi, i quali penetrando nella vagina della neonata poche ore dopo la nascita, eccezionalmente durante il parto, vi albergano tutta la vita. » Così la vagina fetale è, in condizioni normali, libera da bacterii, come doveva concludersi per i lavori di Döderlein (2) e di Menge (3) il quale vide anche gli stafilococchi, introdotti in quantità nella vagina sterile di 3 neonate, scomparire a poco a poco per far posto ad una nuova flora in un periodo di 50 ore. Stroganoff (4) fa ricerche più estese e in 9 casi di 14 esaminati dopo il parto fino al momento del bagno (5 minuti fino a 5 ore) il secreto si dimostra sterile, nei rimanenti 5 presenta microorganismi, principalmente nelle colture. In 5 casi, senza bagno, da 8 a 15 ore dopo il parto si trovarono microorganismi numerosi.

In 6 soggetti esaminati in epoca più vicina al parto, ma dopo il bagno e la unzione il risultato fu positivo. Finalmente fu studiata la secrezione in 19 casi da 1 a 8 giorni dopo il parto, in 8 di essi previa introduzione di un imbuto sterilizzato, in 11 senza speciali precauzioni. In due della serie di 8, nell'uno alla 6.ª, nell'altro alla 26.ª ora, non esistevano ancora germi. Questi ultimi non furono mai riconosciuti patogeni. In ricerche ulteriori (5) su 17 casi, dal 2.° al 9.° giorno della nascita, non ne trovò uno sterile. Ritenne il bagno un fattore importantissimo di introduzione di microorganismi in vagina.

A conseguenze, alquanto differenti, giunse Vahle (6) della Clinica

---

(1) L. Acconci. « Della asepsi e della antisepsi nei parti, » pag. 142. *Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia,* dott. Saverio Rocchi, vol. I, 1895.

(2) Döderlein. « Das Scheidensekret u. seine Bedeut. f. d. Puerperalfieb. » Leipzig, S. 21.

(3) Menge. « Ueber ein bakterienfein. Verhan., etc. » *Deutsch. m. Woch.*, 1894, n. 46-48. — « Bakteriologie des Genitalkanales d. nicht schwang. u. nicht puerp. Frau. » V. *Monatschrift für Geb. u. Gyn.*, Bd. V, Hft. 3.

(4) Stroganoff. Petersburger Diss., 1893. V. Vahle.

(5) Idem. *Monatschrift für Geb. u. Gyn.*, 1895.

(6) Vahle. « Das bakteriologische Verhalten des Scheidensecrets Neugeborner. » *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXII, Hft. 3, S. 368-393.

di Ahlfeld, nel laboratorio di Fränkel. Egli modificò la tecnica, riducendo il numero delle estrazioni di materiale, ad una sola, ripetendole al massimo in 10.ª giornata (di uscita dall'Istituto) per indagare i mutamenti della flora, allo scopo di limitare eventuali introduzioni di organismi estranei che compromettono i risultati intorno all'epoca che i bacterii entrano in vagina. Il materiale veniva raccolto con ansa di platino introdotta tra le branche divaricate di pinze allo scopo di evitare inquinamenti all'orlo dell'imene, previamente deterso con ovatta asettica senza disinfezioni, facili a comprendere la vagina. Nell'indagine di punti profondi, aggiungeva un imbuto di vètro per evitare lo sfioramento delle pareti nel passaggio. In 75 casi esaminati, la ricerca fu praticata 12, 13, 18, 24 ecc. ore dopo il parto, fino a 2, 3, 5 giorni. Il secreto era di aspetto costantemente lattiginoso, denso con cellule pavimentose e leucociti; in alcuni casi era stato emesso in vagina il muco cervicale, pressochè analogo a quello dell'adulta (anche per la reazione, che diventava anfotera solo all'introito). Il più raramente la reazione comparve debolmente acida; quella alcalina poteva essere ritenuta normale nel primo periodo dell'esperienza (in rapporto colla presenza della secrezione uterina). Vahle si occupò sopratutto di rilevare microorganismi patogeni che potè riconoscere nei preparati del materiale estratto, nelle colture, e inoculazioni sottocutanee e intravenose, di conigli giovani. Le condizioni di entrata dei bacterii nella vagina sterile della neonata, sono svariatissime, ma sovra tutte dominano quelle dell'apertura imeniale; ha valore pei risultati anche l'ampiezza delle pinze adoperate.

Tra 9 casi studiati dopo 12 ore dal parto, una sola neonata si presentò inquinata perchè espulsa in presentazione di natiche con ripetute esplorazioni di studenti e allieve. Infatti era sterile un altro caso di questa presentazione, ma esplorato una volta sola e da un medico. Col vario metodo di ricerca l'A. può spiegarsi come a sè stesso ed a Stroganoff, sia avvenuto di trovare microorganismi per tempo in vagina, giacchè, dove Stroganoff adoperò l'imbuto, potè trovare sterile il secreto anche a 56 ore dal parto. Non può riconoscere tutta l'importanza attribuita al bagno, giacchè in 7 casi almeno, ricercati fra le 20 e le 48 ore, dove nessun bagno e nessun contatto era stato praticato, osservò costantemente bacterii. Questi furono dimostrati in 49 dei 75 casi. I risultati complessivi di queste esperienze sono: che la vagina della

neonata è sterile fino a 12 ore dal parto; fino al 3.° giorno si trovano ora microorganismi, ora nulla; col tempo va scemando il numero dei secreti liberi da bacterii, tanto che dopo 3 giorni nessuna vagina è più abatterica.

Il numero delle specie è sempre scarso, per lo più è una sola, di rado bacilli; relativamente spesso cocchi patogeni; lo stafilococco piogene bianco e il dorato, quest'ultimo nel 4 0[0 dei casi, più spesso streptococchi (14. 6 0[0). Non può sfuggire l'importanza di querti risultati a confronto di quelli degli autori, in riguardo alla possibilità di lesioni locali e consecutive aderenze per la vagina fetale.

I cocchi patogeni possono albergare nella vagina della neonata, la distruzione di essi per opera del secreto vaginale, affermata da Menge, è certamente mancata nei casi 28.°, 73.°, 74.° di Vahle, dove alla seconda ricerca persistono immodificati i cocchi osservati nella prima. Fu osservata propriamente solo nel caso 37.° l'attenuazione della virulenza di streptococchi.

Senza dubbio, nella stessa via delle indagini sperimentali seguite per lo studio delle trasmissioni, è possibile raccogliere dati anche riguardo alle aderenze vaginali fetali, che permetteranno conclusioni più sicure di quelle attuali. Nello stato odierno delle conoscenze deve intanto ritenersi possibile lo sviluppo intrauterino di aderenze o setti vaginali, sotto l'influenza di infezioni materne (1). Questo, anche facendo una larga parte al potere attenuante (autopurificazione) della vagina, che del rimanente, contrasta del pari anche alle vedute di Olshausen e Mackenrodt, soverchiamente esclusiviste in quanto conducono a respingere la origine congenita di aderenze che furono riscontrate nella neonata da Breisky e da altri. S'intende che a lesioni siffatte non si può negare la possibilità dell'esito in cicatrice; solo a stenosi intese nel modo indicato in precedenza, possono mancare quei processi cicatriziali che avevano finora distinto i sepimenti congeniti e acquisiti.

Resta difficile ora, come fu preveduto, immaginare delle sedi fisse per queste aderenze, contrariamente a quanto è avvenuto, con differenti concetti, per molti degli autori citati. Neppure l'atresia fisiologica presta

---

(1) Knapp. « Frage v. d. Verhalt. d. Scheidensekrets i. d. ersten Lebenstagen. » *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. V, Hft. 6, 1897, riconosce la possibilità della infezione del secreto vaginale sotto la influenza del liquido amniotico.

elementi a questo riguardo che sarebbe peraltro importante pel diagnostico di aderenze congenite. Infatti il distacco e la distensione, non regolate da leggi di tempo rigorose, si esercitano su tutti i tratti della vagina, se pure non volesse ammettersi, nell'andamento più lento del processo nelle parti inferiori, una condizione favorevole alle aderenze. L'importanza dei contatti si rivela anche per questi casi in misura evidente; il restringimento osservato da Dohrn nel tratto inferiore, a distanza dall'imene che può corrispondere alla X o figura intermedia all'H superiore e a quello inferiore, e il punto di incontro delle aste nell'Y vaginale (in sezione sagittale, dove le pareti cessano di essere divaricate dall'utero), costituiscono certamente i tratti di contatto intimo. Infatti a livello di questo secondo punto Dohrn, Kleinwächter, Roman notarono anche un ripiegamento delle pareti della vagina, al quale si può aggiungere una sporgenza delle creste della colonna anteriore nel feto come elementi che assicurano maggiormente il contatto. Le creste lussureggianti in discorso costituiscono una vera nicchia alla porzione vaginale dell'utero, nei preparati descritti. Del resto, un elemento favorevole alle aderenze anche fuori di queste sedi, nel periodo successivo a quello di atresia fisiologica, si trova nelle condizioni di riposo (più accentuate che nella vita estrauterina) della vagina, singolari a confronto degli altri canali che attraversano il pavimento pelvico. Così la questione della sede non pregiudica l'ipotesi fatta sulla riconosciuta origine intrauterina di sepimenti. I dubbi mossi intorno a quest'ultima, da Olshausen, non sono neppure nuovi, se si deve accettare l'affermazione, già ricordata, di Hulin.

(Continua).

OSPEDALE CIVILE DI LIVORNO
Gabinetto Chimico-Bacteriologico

Contributo allo studio delle modificazioni gravidiche urinarie

PER I
Dottori ADOLFO LISCIA ed UGO PASSIGLI

Ben lungi dal non attribuire, con Asclepiade, alcuna funzione ai reni, non vi è oggi medico, al certo, che non ne conosca appieno l'intima struttura e l'ufficio assegnato loro dalla natura; che non sappia cioè come il loro compito fisiologico sia quello di eliminar dal sangue i detriti dell'organismo e come sia dall'attività delle cellule secretrici che ricuoprono il glomerulo del Malpigli, i canalicoli contorti e la parte ampia delle anse di Henle, che dipende la funzione della secrezione urinaria.

Tostochè la fisiologia e l'istologia ci ebbero svelato il meccanismo della funzione dei reni e si fu in grado, quindi, di apprezzarne giustamente la massima importanza (provata dal fatto che se la funzione renale subisce alterazioni, l'organismo ne rimane in modo rapido intossicato), era ben naturale che si dovesse pur ricercare il loro modo di comportarsi, non solo nei casi patologici, ma ben anche nello stato di gravidanza non complicata da fenomeni morbosi, allorquando cioè, in tutti gli apparati dell'organismo materno avvengono cambiamenti anatomici e modificazioni fisiologiche numerose, perdurando tuttavia normali le condizioni di salute.

Avicenna pensava che dal solo esame delle orine si potesse diagnosticare l'avvenuto concepimento.

Ottima cosa, questa, in vero, sarebbe stata, chè ci avrebbe giovato a delucidare con facilità interessanti e oscuri problemi ostetrico-ginecologici e medico-legali.

Altri poi, giunse perfino ad affermare che si potesse, dal solo esame di tal liquido escreto, predire il sesso del feto! Ma gli entusiasmi, come

sempre accade, furono anche qua seguiti da delusioni e fu Guarnerio, fra gli altri, che pose in guardia contro tali esagerate credenze.

Oggi, sebbene non si abbiano più le grandi pretese degli antichi osservatori, reputiamo tuttavia esser della massima importanza simili analisi non solo durante la gravidanza, ma ben anco durante il travaglio del parto e nel puerperio, e già più di un lavoro fu fatto in proposito. Istituire però delle ricerche onde portare un contributo allo studio delle modificazioni gravidiche-urinarie per parte del rene, parve a noi di non lieve interesse.

Ma, innanzi di esporre i resultati delle nostre osservazioni, crediamo opportuno riepilogare brevemente in qual modo, secondo certi dotti che di ciò si occuparono, la composizione dell'orina si allontani dalla norma quando vien fornita da donne incinte.

Gli antichi medici, lo abbiamo di già accennato, annettevano una grande importanza all' analisi delle orine delle donne incinte. Rega, Benedetti, Savanarola posero in rilievo alcune loro caratteristiche, attribuendole valore semeiotico; Asdrubali asserì di aver osservato emetter dalle gravide delle *orine lattiginose;* Bourg scrisse sul *sedimento caseoso* di tali orine; Nauche, nel 1839 annunziò di avervi riscontrata una sostanza speciale da lui denominata *kiesteina.* Tale scoperta destò gran rumore e preoccupò la mente di molti dotti. Tanchon la riscontrò in 25 donne.

Essa è rappresentata da una pellicola iridescente che si forma alla superficie della orina lasciata immobile per 36-48 ore in un recipiente cilindrico di cristallo, alla temperatura di 15°. Molti osservatori affermarono che la kiesteina non si trova allo stato di vacuità. Equisier e Vannoni, fra gli altri, asserirono che essa possiede strottura e qualità chimiche che non la fanno confondere con quella delle orine normali; che si riscontra al secondo mese di gestazione; che si rende più manifesta al terzo e al quarto e che decresce nei successivi. Equisier l'attribuì al passaggio del liquido amniotico nell'orina; Kane e Golding-Bird al passaggio del latte; Regnault all'azione dell' ossigeno atmosferico sulla materia azotata contenuta in eccesso nell'orina (Braun).

Le ricerche di Kane, Höfle, Lehmann, Veit, Elsasser, Kiwisch, Beale, Tarchetti, Burchi, Capezzuoli, Primavera, dimostrarono però che la kiesteina non ha alcuna speciale importanza, che non è cioè, un prodotto specifico dell' urina gravidica; che può mancare nelle

gestanti e trovarsi invece all'infuori dello stato di gravidanza, non solo, ma anche nelle orine degli uomini in determinate circostanze.

Alcuni ostetrici tuttavia, il Balocchi fra gli altri, continuarono ad attribuirle un valore diagnostico; e il Braun asserì che essa appare di frequente nelle donne incinte fra il secondo e il terzo mese di gestazione e che essa costituisce un segno di gran valore quando la donna è perfettamente sana.

È ormai certo, del resto, che la kiesteina è dovuta nient'altro che a fenomeni di decomposizione e che è costituita da cristalli di fosfato e carbonato ammoniaco magnesiaci, da funghi, da infusori, da monadi.

Riguardo alla quantità dell'orina gravidica, Harley, Voituries, Quinquaud, ammettono che sia superiore alla media emessa dalle donne non incinte; per Bergesio sarebbe maggiore inoltre nelle pluripare che nelle primipare; altri però la disse invariata; Cazeaux crede che il tenesmo vescicale che costringe talora la gravida ad urinar di frequente, benchè in scarse quantità, abbia fatto ammettere un aumento nella secrezione urinaria.

Oltre i cangiamenti della quantità giornaliera furono pure studiate le variazioni degli altri caratteri generali: la densità, che fu trovata talora invariata (Cuzzi), talora aumentata, l'acidità, per alcuni osservatori (Vicarelli) accresciuta; il colore, l'aspetto, l'odore, la consistenza (Cazeaux, Tarnier, Cuzzi).

Quanto alle modificazioni dei componenti normali e accidentali, furono pure istituite numerose ricerche da Donné, Blot, Kirsten, Winckel, Herichsen, Cuzzi, Ney, Fischel, Thompson, Cioja ed altri ancora.

Braun afferma che non si trova in generale alterata la composizione normale, fatta eccezione del pigmento che appare notevolmente diminuito per le condizioni del sangue e delle variate funzioni nutritive. Che la gravidanza eserciti però un'influenza non solo sulla quantità, ma anche sulla qualità delle orine, sembra ormai bene accertato. Secondo Donné l'orina conterrebbe meno sali durante la gravidanza che nello stato di vacuità, perchè parte di questi sali sarebbe utilizzata per la formazione del feto, e molti, ammisero poi una diminuzione progressiva di materiali solidi nell'orina dall'epoca del concepimento a quella del parto.

Donné, Lehmann, Chalvet, Barlemont, Harley esaminandola in diversi periodi vi trovarono meno acidi liberi.

Quanto all' urea, per le ricerche di Winckel e Veit, rimarrebbe immutata; per Quinquand sarebbe aumentata, per altri, diminuita. Cioja ne ha recentemente dimostrato l' aumento che sarebbe inoltre maggiore nelle primipare che nelle pluripare, indipendentemente dall' alimentazione.

Riguardo alla creatinina, Grocco, colle sue pazienti ed interessanti indagini ne trovò in media, in individui giovani, sani, robusti e ben nutriti, 0,987 nelle 24 ore; che andando verso la prima, come verso l'ultima età, la quantità decresce; che aumenta colla dieta carnea, e scema col digiuno o con dieta prevalentemente od esclusivamente vegetale. Ne studiò poi le modificazioni in rapporto al lavoro muscolare e alle malattie, ma non ha fatto indagini comparative pei due sessi e quindi neppure si occupò della qualità di creatinina eliminata nello stato di gravidanza.

Fu asserito però, da qualche ostetrico, che diminuisse; Lo Monaco e Tarulli che di recente hanno fatto delle ricerche sull'eliminazione di questa sostanza durante la gestazione in cagne e in donne nell'ultimo periodo di gravidanza, mai la rinvennero. Essi opinano pertanto che venga utilizzata per la formazione de' tessuti del nuovo essere, e che ulteriori ricerche, fatte in diversi periodi della gravidanza, servirebbero inoltre a diagnosticare tale stato fisiologico.

I cloruri, secondo il Lehmann, subirebbero un aumento dovuto a una dissimilazione dei tessuti della madre.

Klemmer e Winckel trovarono che l'acido solforico resta invariato; Chalvet e Barlemont che diminuisce. Pinzani, in un recente lavoro sulla eliminazione dell'acido solforico per l' orine nella gravidanza e nel puerperio, conchiude, per le numerose ricerche istituite, che nella maggioranza dei casi diminuisce la quantità di acido solforico preformato tanto nella gravidanza che nel puerperio, e aumenta invece la quantità di acido solforico combinato in rapporto dell' acido solforico preformato.

L' acido fosforico poi, dalle ricerche di Winckel e di Klemmer, resulterebbe che trovasi nelle stesse condizioni come nelle non gravide. Galippe e Barré asseriscono invece che l'acido fosforico diminuisce. Anzi mancherebbe del tutto appena avvenuto il concepimento e ricomparirebbe in piccola quantità trascorso il sesto mese (Sokoloff, Grammatikati, Donné).

L'albumina non raramente fu riscontrata (3-4 0[0). Da prima fu reputata, la sua presenza, un fatto patologico. Blot affermò di averla trovata 41 volte su 205 casi; Becquerel, 1 volta su 100. Secondo quest'ultimo dipenderebbe sempre da una lesione renale. I reni, specialmente il destro, possono essere compressi, congestionati, indi albuminuria.

Secondo Noorden ed altri le traccie d'albumina non sono più frequenti nelle gravide che in altre persone del tutto sane. Posner dimostrò, del resto, che l'albuminuria può considerarsi qual componente normale dell'orina ed esser quindi l'albuminuria uno stato fisiologico se tal sostanza è rilevata in deboli proporzioni.

Trauteroth (1) avendo analizzate le orine di 54 primipare e multipare, asserisce che il 50 0[0 delle gravide, non affette da nefropatie, nella seconda metà della gravidanza presentano una lieve albuminuria per processi degenerativi del rene (albuminuria *gravidarum)* e che solo raramente appaiono gravi disturbi (edemi, eclampsia). Numerosi furono gli studî fatti in proposito. Basti qui rammentar le conclusioni cui, di recente, giunse il Landi colle sue accurate ricerche sull'albuminuria del parto ed eccole pertanto:

1.° Esiste un'albuminuria del parto frequentatissima (1 : 1. 35) che si produce nel periodo di dilatazione e nel periodo espulsivo del sopraparto, che manca più facilmente nel primo che nel secondo periodo, che non sorpassa la media di gr. 0,47 p. 1000 d'albumina, che scompare subito dopo il parto e dopo le primissime ore del puerperio.

La quantità d'albumina emessa nei due periodi è maggiore pel secondo e minore pel primo.

2.° Quanto alle teorie emesse circa la produzione di questa albuminuria si ha ragione di credere che siano inesatte o ben poco probabili, senza poterne suggerire delle nuove e si giunge a queste conclusioni dietro esperimenti, esami e confronti.

3.° Durante la gravidanza non apparisce esistere una forma di albuminuria simile a quella riscontrata durante il parto (2).

La peptonuria venne trovata in diverse contingenze morbose, ma

---

(1) « Ricerche cliniche sul modo di comportarsi degli organi urinari e sopratutto dei reni nella gravidanza, nel parto e nel puerperio. » *Zeitshrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, vol. 30, fasc. I, 1894.

(2) Il *Morgagni*, 1890. LANDI. « L'albuminuria del parto. »

Fischel, pel primo, richiamò l'attenzione sul fatto che alla peptonuria patologica deve aggiungersene una fisiologica propria del puerperio. Su 1|4 dei casi esaminati Fischel riscontrò peptone nelle orine delle gestanti sane che sarebbe dovuto alla involuzione uterina (Fischel, Hofmeister, Truzzi).

Fischel ammise che traesse origine da trasformazione peptonica degli albuminoidi del tessuto muscolare uterino; che tale trasformazione potesse aver luogo, ma in modo scarso, durante la gravidanza e fosse allora favorita dalle contrazioni indolore che si possono avere (1).

La presenza di peptoni in gravidanza e puerperio fu confermata da Thomson, Truzzi, Baroni. Quest'ultimo portò un notevole contributo alla genesi della peptonuria fisiologica. Esaminò l'orine ottenute negli ultimi periodi della gravidanza e fra 12 prove ne ottenne 3 positive, il resto tutte negative. Quanto alle orine ottenute durante il travaglio, fra 9 casi, 4 gli dettero risultati positivi, 1 dubbio e 4 negativi. Le orine di una donna gravida al 6.° mese contenevano peptone. Fatto il rapporto dei risultati ottenuti dall'esame delle orine della gravidanza con quelle del travaglio e del primo giorno del puerperio, vide che le orine della gravidanza le diedero lo stesso risultato quando furono ricavati durante il travaglio e nel 1.° giorno di puerperio. Asserisce che la peptonuria incominciata, non s'interrompe, e che solo nell'atto del parto avviene una diminuzione d'intensità della reazione. In conclusione, negli ultimi giorni della gravidanza contengono qualche volta peptone; questa seguita allora a presentarsi nell'orine del travaglio e in quelle del puerperio.

Nello stesso modo che l'albumina, può trovarsi nell'orina glucosio in scarsa quantita in individui normali. Blot nel 1856 presentò all'Accademia di Medicina di Parigi una interessante memoria, in cui segnalava l'esistenza di una glucosuria normale in tutte le partorienti, in tutte le nutrici e in un certo numero di donne incinte. Questa glucosuria sarebbe in rapporto con la secrezione lattea; diminuirebbe d'intensità, cesserebbe anche al sopraggiungere di uno stato morboso e ritornerebbe dimostrabile al ritorno della salute e dell'allattamento.

Questa scoperta, che è un fatto ormai acquisito dalla scienza, non

---

(1) Dott. O. Schaeffer. « Ostetricia. » Trad. del dott. Patellani, aiuto alla Clin. ostetrica di Parma, 1896, Milano.

ha però alcuna utilità diagnostica per la gravidanza, poichè la secrezione lattea non comincia che negli ultimi mesi, cioè quando si può stabilire la diagnosi con segni più evidenti e più sicuri (Hubert).

Blot asserì circa la metà delle donne incinte essere glucosuriche. Kirsten mise in dubbio questa frequenza; De-Sinêty, Lecomte, Kirsten Hempl, confermarono che la frequenza dello zucchero è intimamente collegata all'allattamento e le ricerche di Hofmeister, Johannowisky, Kaltenbach assodarono trattarsi veramente di zucchero derivante dalla glandola mammaria; Cann e Turner comunicarono poi alla Società Ostetrica di Parigi il risultato delle loro ricerche sulla presenza dello zucchero nelle orine delle puerpere. Tali ricerche praticate su di un gran numero di orine, col reattivo del Fehling, dimostrarono che nelle orine delle puerpere trovasi pure glucosio.

Jaksch affermò anche l'acetone essere un componente dell'urina umana normale; Moscatelli pensò contrariamente.

Quanto all'acetonuria occorrente durante la gravidanza, poichè, escluse altre cause, sembra doversi considerare come un segno della morte del feto, non c'intratterremo noi, che solo ci occupiamo dello stato fisiologico della gravidanza. Vicarelli infatti che ricercò l'acetone in 137 gravide, non lo trovò nel puerperio che in 9 casi, in donne che avevano partorito feti morti e macerati. Questa acetonuria diminuiva immediatamente dopo il parto, in modo che, al 4.° giorno del puerperio, non se ne trovava più traccia.

Quanto al ferro, Bunge ha dimostrato, nelle cagne, che il feto viene alla luce con una considerevole provvisione di riserva che, depositata prima nel fegato, vien consumata a poco a poco dal poppante, il quale è sottoposto ad una alimentazione povera di ferro come è il latte. Di questo ferro se ne farebbe una riserva nell'organismo materno sino dallo stato di verginità.

Oltre le modificazioni dei componenti normali e anormali delle orine gravidiche, ne fu studiato il grado di tossicità.

Che le orine fossero tossiche, lo si è creduto in tutti i tempi e fu appunto basandosi su questa credenza che molti emisero teorie riguardo all'uremia. Bouchard, per indicare il grado di tossicità si servì di due neologismi: *urotossia,* cioè la quantità di urina necessaria per uccidere un Kg. di animale, che stabilì essere in media 45 c. c.: e *coefficiente urotossico,* cioè il numero di urotossie che un individuo fabbrica nelle

24 ore per ogni Kg. del suo peso. Molti furòno i lavori pubblicati sulla tossicità urinaria, ma per non parlare che degli esami praticati nelle orine delle gestanti è da rammentarsi che Laulaniè e Chambrelent, che fecero delle esperienze sopra donne negli ultimi mesi di gravidanza (ritenendo come media della tossicità normale 45 c. c.), conclusero che sotto l'influenza di tale stato fisiologico il grado di tossicità dell'orina manifestamente diminuisce e conseguentemente l'organismo della donna incinta, alla fine della gravidanza, deve essere più o meno saturo di materie tossiche. Blanc fece esperienze analoghe ottenendo pure una diminuzione di tossicità; ma tenendo conto delle speciali circostanze di vita in cui sono tenute le donne oggetto di esperimento: il lavoro muscolare abolito cioè, il regime sobrio, ecc., conclude col dire: « Che non è da meravigliarsi se la produzione di sostanze tossiche è ridotta al *minimum* e che l'organismo della donna incinta nelle condizioni ordinarie di salute non fabbrica nè elimina maggior quantità di sostanze tossiche che tutti gli altri individui. »

Chambrelent e Dumont conchiudono che la tossicità dell'urina e il coefficiente urotossico delle gravide è minore in confronto di quello delle infermiere e delle ricoverate non gravide.

Goria, prima del parto, ottenne una tossicità media molto inferiore a quella fisiologica fissata dal Bouchard.

Egli conclude: « Sei ore dopo il travaglio del parto si ha un aumento della tossicità urinaria, come si riscontra sei ore dopo un'altra fatica muscolare qualunque; nel riposo successivo al parto e specialmente nel sonno successivo, la tossicità diminuisce come nel riposo e nel sonno successivo ad un'altra fatica muscolare qualunque. Probabilmente questo aumento del grado di tossicità è dovuto alla maggiore produzione che si fa, durante ed in seguito al travaglio del parto, delle basi tossiche che si trovano nelle orine normali. Sicuramente prima di essere eliminate per le orine o distrutte dal fegato, si trovano nel sangue; allora applicando il caso nostro a quanto dice il Mosso dei veleni prodotti nella fatica, se si accumulano nel sangue, la donna diventa stanca, si sente spossata (come frequentemente si osserva durante e dopo il travaglio), se oltrepassano il limite la donna diviene ammalata. »

Ma ecco pertanto i resultati da noi ottenuti dall'esame delle orine delle nostre gravide, che tutte si attennero ad una dieta mista:

Risultati degli esami delle orine di donne gravide.

Esperienza	Epoca di gravidanza	Quantità giornaliera	Colore	Reazione	Densità	Urea	Cloruri	Acido solforico	Fosfati	Indacano	Creatinina	Albumina	Zucchero
		cc.				gr.	gr.	gr.	gr.		gr.		
1.ª	8.° mese	1300	giallo	acida	1018	29,64	7,80	2,397	0,6864	tracce	0,921	assente	assente
2.ª	3.° »	1400	giallo paglier.	»	1013	15,12	11,20	1,13	0,83	»	1,285	»	»
3.ª	3.° »	1800	»	»	1016	25,56	18,90	2,29	1,90	»	1,724	»	»
4.ª	3.° »	1600	giallo chiaro	»	1016	21,—	13,60	2,29	1,25	»	2,15	»	»
5.ª	8.° »	800	giallo rossastro	»	1016	13,68	8,40	1,43	0,95	abbondante	0,946	»	»
6.ª	8.° »	2200	giallo paglier.	»	1016	16,94	19,80	1,52	1,38	tracce	1,433	»	»
7.ª	8.° »	1100	giallo rossastro	legger. acida	1018	16,94	12.65	1,43	1,60	»	1,012	»	»
8.ª	4.° »	1400	giallo chiaro	acida	1021	21,94	16,80	2,11	1,48	»	0,986	tracce	»
9.ª	8.° »	1100	giallo	»	1014	10,45	11	0,85	1,01	»	0,714	assente	»
10.ª	4.° »	2400	giallo chiaro	»	1015	21,84	24	0,778	1,90	»	1,72	»	»
11.ª	9.° »	1600	giallo	»	1021	23,64	16	0,90	1,30	tracce ben manifeste	1,021	tracce	tracce
12.ª	8.° »	1000	»	neutra	1025	25,4	11	0,73	1,—	»	0,976	»	assente
13.ª	8.° »	2650	»	acida	1014	21,20	29	1,94	1,40	tracce	1,578	»	»
14.ª	8.° »	1350	giallo chiaro	»	1014	10,76	11	1,29	0,77	tracce ben manifeste	0,634	»	»
15.ª	8.° »	1700	giallo	»	1014	30,94	12	1,74	0,95	tracce	1,001	»	»
16.ª	6.° »	1200	»	»	1021	24,—	12	4,47	1,42	»	0,907	assente	»
17.ª	8.° »	1750	giallo chiaro	»	1016	21,35	22	1,81	1,44	»	0,987	»	»
18.ª	8.° »	950	»	legger. acida	1021	18,04	15,50	0,82	0,62	»	1,014	»	»

Esperienza	Epoca di gravidanza	Quantità giornaliera	Colore	Reazione	Densità	Urea	Cloruri	Acido solforico	Fosfati	Indacano	Creatinina	Albumina	Zucchero
		cc.				gr.	gr.	gr.	gr.		gr.		
19.ª	8.° mese	1300	giallo chiaro	acida	1016	26,—	9,75	1,88	1,11	tracce	1,207	assente	assente
20.ª	8.° »	1000	»	»	1018	16,50	13,50	1,25	0,66	»	1,003	»	»
21.ª	8.° »	1100	»	»	1020	18,15	13,20	1,55	1,08	»	1,048	»	»
22.ª	gravidanza a termine	1750	»	»	1014	24,85	15,35	1,73 1/2	1,03	abbondante	2,621	»	tracce
23.ª	»	1500	giallo	legger. acida	1025	27,30	18,75	2,67	1,28	minime tracce	2,409	»	»
24.ª	9.° mese	1100	»	»	1021	26,40	11	1,86 /2	0,87	tracce	0,837	»	»
25.ª	9.° »	1150	»	»	1021	24	18	1,75	0,80	abbondante	0,543	»	»
26.ª	8.° »	1200	»	acida	1028	24	18	2,33	1,50	»	1,464	»	assente
27.ª	8.° »	1200	»	»	1021	24	16	2,14	0,95	»	1,728	»	»
28.ª	9.° »	1300	»	»	1021	26	16,25	2,25 /4	1,28	»	0,587	»	»
29.ª	8.° »	850	»	»	1021	15,47	9,35	1,44 1/2	0,75	tracce	0,833	»	»
30.ª	8.° »	950	giallo chiaro	»	1016	18,87	18,87	1,11	0,68	tracce minime	0,812	»	»
31.ª	8.° »	1250	»	»	1018	18	13,12	1,80	0,82	abbondante	1,21	tracce	»
32.ª	5.° »	1300	»	»	1016	18,46	13,65	1,640	0,90	tracce minime	1,018	assente	»
33.ª	8.° »	2800	»	»	1011	25,48	28	1,41	1,47	tracce	1,462	»	»
34.ª	8.° »	1250	»	»	1014	19,25	13,75	0,698	0,86	»	0,646	»	»
35.ª	9.° »	1200	giallo scuro	»	1023	14,40	17,40	0,964	1,26	»	0,932	»	tracce
36.ª	9.° »	1350	giallo	»	1021	19,98	16	2,07	0,89	»	0,846	tracce	assente
37.ª	8.° »	1400	giallo verdast.	»	1014	11,90	13,30	2,47	0,73	»	1,224	assente	»

Facendo ora la media dei resultati delle nostre osservazioni troviamo:

Quantità	media	gr.	1410
Densità	»	»	1018
Urea	»	»	20,74
Cloruri	»	»	15,29
Acido solforico	»	»	1,701
Fosfati	»	»	1,1055
Creatinina	»	»	1,172

La quantità e la densità adunque, confrontanto queste cifre con quella della composizione dell'orina fisiologica, non si allontanano dalla norma; l'urea si mostra diminuita; i cloruri si mantengono come nello stato normale; l'acido solforico e i fosfati appaiono alquanto diminuiti; la creatinina, piuttosto aumentata.

Quanto all'albuminuria, rare volte ci fu dato riscontrarla e mai rinvenimmo lo zucchero prima dell'8.° mese di gravidanza.

Qual complemento di queste noste osservazioni, abbiamo in animo di pubblicare, fra breve, delle ricerche sperimentali che stiamo praticando sull'urea contenuta nel sangue, dopo avere attraversato il rene, in un certo numero di cagne e di coniglie gravide e non gravide; il confronto cioè, dell'urea fornita dal sangue della vena renale e quella fornita da un ramo arterioso principale. Queste ricerche che ci occupano da qualche tempo, pensiamo anzi che costituiranno la parte più interessante del nostro lavoro sulla funzione del rene nello stato di gravidanza, e ci permetteranno di trarre dal nostro studio delle conclusioni di un certo interesse.

Frattanto, pubblicando questa nota preventiva, ci è caro sin da ora di porgere i più sentiti ringraziamenti all'egregio dott. Coen, aiuto nel Turno ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Civile di Livorno, per averci cortesemente permesso di studiare le gravide giacenti nella sua Sezione, e rendiamo pur vive grazie all'egregio dott. Guglielmo Levi già assistente in detto Turno per i consigli di cui ci fu largo.

BIBLIOGRAFIA.

SAVANAROLA. « De urinis Rub. X in Praet. canon. » Venezia, 1552. — ID. « Ricerche sul modo di comportarsi degli organi orinari e specialmente dei reni in gravidanza, parto e puerperio. » *Riforma medica*, 1894.

LANDI. « Le principali ricerche analitiche sull'orina. » Pisa, 1887.

VIVENZA. « Ricerche sulla funzione ematolitica del rene normale e patologico. » *Lo sperimentale*, 1895.

LO MONACO. « Osservazioni sull'escrezione e formazioni d'acido urico nell'organismo. » *Soc. lancisiana*, 1894. — ID. « Eliminazione della creatinina durante la gravidanza. » *Bollet. della Soc. lancisiana*, 1895.

FISCHER. « Du rein dans la grossesse et de la néphrite gravidique. » *Archiv f. Gynäkol.*, XLIV, 2, 1893.

TRANTEROTH. « Étude clinique sur l'état des org. urin. et des reins dans la grossesse, l'accouchement et les suites des couches. » *Zeits. f. Geburts.*, XXX *(Revue des sciences méd.*, 1895).

PINZANI. « Urina in gravidanza e puerperio. Eliminazione di acido solforico. » *Ann. di chimica e farmacia*, 1893, vol. XVIII.

CONCETTI. « Albuminuria fisiologica in gravidanza. » *Bollet. della Soc. lancisiana*, 1881.

VILLA. « L'analisi qualitativa dell'albuminuria puerperale. » *Ann. d'ostetr.*, 1893.

LANDI. « Albuminuria nel parto. » *Ann. d'ostetr.*, 1890.

MAGAGNINI. « L'acetonuria nella gravidanza. » *Gazz. degli Ospedali*, Febbraio 1897.

POGGI. « Sulla natura della pellicola chiestinica e suo valore diagnostico. » Bologna, 1875.

GROCCO. « Sulla peptonuria: studio. » Milano, 1883, *Ann. univ. di med.* — ID. « Di nuovo sulla peptonuria. » Milano, 1884, *Ann. univ. di med.* — ID. « La creatinina in orine normali e patologiche. » *Ann. della R. Università*, Perugia, 1886-87.

COGGI. « Eliminazione dell'acido solforico per le urine in alcune malattie dell'apparato respiratorio. » *Arch. ital. di clin. med.*, 1894, parte IV.

GUINARD. « A propos de la tossicité des urines. » *Soc. de biologie*, Giugno 1893.

LE NOIR. « Tossicità urinaria normale. » *Gazz. de hôpit.*, Dicembre 1893.

BLANC. « Della tossicità urinaria nella donna incinta. » *Ann. d'ostetr.*, 1891.

CHAMBRELENT e LAULANIÈ. « Tossicità urinaria nelle gravide. » *Ann. d'ostetr.*, 1891.

VICARELLI. « L'acidità dell'urina e l'acido paralattico dopo la fatica del parto. » *Ann. di chimica e farmacia*, 1894.

GAMBRELENT e DUMONT. « Recherches espérimentales sur la toxicité de l'urine dans les dernières mois de la grossesse. » Comptes rendu hebdomadaires de la science de la Soc. de biologie, Febbraio 1892.

FAVELIER. « Toxicité des urines chez les enfants. » Thèse de Lyon, 1887.

MAIRET et BÔX. « Recherches espérimentales sur la toxicité des urines patologiques. » *Revue internat. de Bibliographie méd., pharm. et veter.*, 25 Novembre 1891, pag. 248.

LAULANIÈ et CHAMBRELENT. « Recherches espérimentales sur la toxicité de l'urine pendent la grossesse. » *Ann. de gynéc. et d'obst.*, t. XXXIV, 2.ª serie, pag. 253. (Comptes rendus hebdom. Soc. de biolog. 1892).

MAIRET et BÔX. « Toxicité urinaire, application thérapeutiques. » *Revue internat. de Bibliographie méd., pharm. et veter.*, 25 Novembre 1891, pag. 248.

Mosso A. « La fatica. » Fratelli Treves, Milano, 1891.

Rusconi. « Sulla tossicità dell'urina umana. » *Gazz. Osped.*, 1888.

Teissier et Roque. « Nouvelles recherches sur la toxicité des urines albumineuses. » Comptes rendus de l'Acad. des sciences, 1888.

Aducco V. « Sopra l'esistenza di basi tossiche nell'orine fisiologiche. » *Giorn. della R. Accademia dei Lincei*, 1889, serie IV. Memorie della classe di scienze fisiche, matematiche e naturali.

Binet P. « Recherches sur une substance thermogène de l'urine. » *Revue méd de la Suisse Romande*, 20 Oct. 1891, pag. 634. — *Revue internat. de Bibliographie méd., pharm. et veter.*, 25 Novembre 1891, pag. 347.

Blanc E. « De la toxicité urinaire chez la femme enceinte et chez la femme recémment accouché. » *Ann. de gynéc. et d'obst.*, t. XXXIV, 2.º sem., pag. 260. — Id. « De la toxicité urinaire chez la femme enceinte. » *Ann. de gynéc. et d'obst.*, Juillet 1891, pag. 15.

Bouchard Ch. « Leçons sur les autointoxications dans les maladies. » Paris, 1887.

Goria. « La tossicità dell'urina prima e dopo il travaglio del parto. » *Il Raccoglitore medico*, 1892.

Donné. « Composition de l'urine pendent la grossesse. » In Comptes rendus de l'Academie des sciences, 1891.

Eguisier. « Du diagnostic de la grossesse par l'examen de l'urine. » Paris, 1842.

Blot. « De la glycosurie physiologique. » In *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1856.

Nordmand. « De ischuria gravidarum. » Argentor, 1758.

Bergesio L. *Gazz. medica di Torino*, 1878. « Della poliuria gravidica. »

Charpentier. « Traité pratique des accouchements. » Paris, 1890.

Truzzi. « Peptonuria puerperale. » *Ann. Univers. di medicina*, 1885.

Biagio Baroni. « La peptonuria puerperale. » *Ann. d'ostetr. e ginec.*, 1887.

Cuzzi. « Trattato di ostetricia e ginecologia, » 1893.

Cazeaux e Tarnier. « Trattato di ostetricia. » Milano, 1883.

RASSEGNA

A. GESSNER. — **Ueber den Werth und die Technik des Probecurettements** *(Sul valore e sulla tecnica del raschiamento diagnostico). — Zeitschrift für Geburt. und Gyn.,* XXXIV Band, 3 Heft.

Un procedimento che serva a scopo diagnostico deve rispondere a tre condizioni: 1.° non presentare pericoli, 2.° essere di facile esecuzione, 3.° essere sicuro. L'A. discute a questo proposito gli eventuali vantaggi dell'esplorazione digitale, in confronto col raschiamento della cavità uterina a scopo diagnostico. Crede la prima incerta, non sufficiente e talora pericolosa. Solo nei casi più avanzati, nelle forme maligne, si ha la sensazione caratteristica d'una superficie irregolare, dura, friabile; negli altri casi l'esplorazione digitale espone a facili errori. Persino dopo l'esportazione di certi uteri, in cui il microscopio dimostrò indubbiamente l'esistenza d'una forma maligna, è difficile rilevare col tatto un'alterazione qualsiasi. D'altra parte certe forme d'endometrite fungosa danno al tatto la sensazione d'una superficie irregolare, bitorzoluta e potrebberò condurci in errore.

Così pure data una ritenzione di residui ovulari, l'esplorazione, avvertendo delle rugosità, non potrà decidere sovente se si tratta di sangue, di residui di villi coriali o soltanto di asperità nei punti lacerati dell'inserzione placentare. A questo aggiungi i pericoli di una dilatazione piuttosto esagerata, le difficoltà spesso inerenti all'atto per ristrettezza vaginale, rigidità del perineo, esistenza di miomi. Per il che da 5 anni nella Clinica di Berlino non si eseguisce più l'esplorazione digitale della cavità uterina a scopo diagnostico e solo si dà peso ad un esame accurato dei pezzetti, esportati con un raschiamento completo. Solo in un caso, escluso il processo maligno, il decorso clinico si trovò in contrasto col risultato dell'esame istologico, essendosi forse scambiati degli elementi neoformati con cellule deciduali in via di regressione. In tutti gli altri casi il decorso clinico diede ragione al reperto istologico. Sui 41 uteri esportati basandosi su tale reperto, un esame accurato fece quasi sempre ritrovare la conferma della diagnosi prima stabilita e nei rarissimi casi in cui questo non avvenne l'A. ammette si trattasse di forme affatto superficiali, in cui il raschiamento fatto a scopo diagnostico aveva esportato tutto il tessuto affetto.

Maggiore importanza di quanto si sia dato sinora si deve al raschiamento del collo a scopo diagnostico. Spesso il collo si presenta integro alla vista ed al tatto (carcinomi che partono dalla mucosa cervicale) ed il raschiamento soltanto

ci può scoprire l'affezione. Pure nelle forme nodose, anche se non hanno ancora perforato la superficie del collo o della cavità cervicale, è possibile sovente esportare dei pezzetti del tumore per l'esame.

L'A. cita poi un caso in cui coll'esame del raschiamento si potè escludere la compartecipazione dell'utero ad un'affezione maligna dell'ovaio, per il che si esportò questo soltanto, senz'aversi recidiva. La sintomatologia clinica in tal caso avrebbe consigliato l'esportazione dell'utero.

Riguardo alla tecnica l'A. colle norme della più scrupolosa asepsi, di rado giovandosi della narcosi, fatto precedere il sondaggio, fa il raschiamento accurato e completo di tutta la cavità uterina. Lava quindi o con soluzione fisiologica o con sublimato (non però con acido fenico o lisolo) la cavità uterina, raccogliendo tutti i pezzi esportati dal cucchiaio e dall'acqua di lavatura: li libera accuratamente dal sangue e li lascia in alcool assoluto per circa 24 ore cambiando due o tre volte l'alcool. L'A. di rado fa inclusioni e solo per studiare particolari minuti, per lo più fa delle sezioni a mano col metodo antico del Ruge. I tessuti non si guastano se i pezzi sono ben induriti: pone le sezioni in acqua, poi nella sostanza colorante e l'A. usa a questo scopo il carminio alluminico. Esamina quindi i preparati in glicerina e volendoli conservare in balsamo, previi i soliti passaggi in alcool e xilolo.

Onde evitare errori l'esame deve essere accuratissimo; e le sezioni devono essere fatte su tutti i pezzetti esportati e nelle varie direzioni e ciò specialmente prima d'escludere un'affezione maligna. L. Negri.

KARL HEIL. — **Ueber die Entstehung des Hautemphysems nach Laparotomien** *(Sull'origine dell'enfisema sottocutaneo nelle laparotomie)*. — *Archiv für Gynäkol.*, Band 52, Heft 3.

Vuolsi da taluno trovare una condizione favorevole alla produzione dell'enfisema sottocutaneo da laparatomia, nella posizione elevata del bacino che di solito si fa prendere alla donna in queste operazioni. Leopold però fece notare come se ne siano osservati dei casi anche prima che si operasse in questa posizione.

L'A. negando che alla produzione di questo fenomeno abbia parte la posizione che si dà alla paziente durante l'atto operativo, afferma che essa dipende dal modo di chiusura della ferita laparotomica. Ciò egli cercò di dimostrare sulla scorta di un caso osservato nella Clinica di Heidelberg. Cercò pure di provare sperimentalmente il suo asserto, laparatomizzando dei conigli, tenuti in posizione orizzontale, in taluni dei quali suturava la ferita addominale accuratamente con punti profondi comprendenti tutti gli strati, tra i quali applicava poi dei punti superficiali. In altri invece la sutura era fatta in guisa da non comprendere il peritoneo e la fascia, ma solo superficialmente lo strato muscolare. Orbene, in tutti questi si ebbe

uno spiccato enfisema sottocutaneo, che mancò sempre là dove la sutura univa esattamente tutti gli strati.

Crede pertanto l'A. che la formazione di enfisema sottocutaneo in seguito a laparotomie sia da addebitare sopratutto alle condizioni della sutura addominale, e in particolare alla incompleta unione degli strati profondi pur essendo buona la chiusura degli strati superficiali.

Una sutura quanto più è possibile esatta potrà dunque garantire contro la produzione di questo fenomeno. TRIDONDANI.

BIBLIOGRAFIA

C. MENGE e B. KROENIG (Clinica ostetrica dell'Univ. di Lipsia). — **Batteriologia del canale genitale muliebre.** — A. Georgi, Lipsia, 1897.

I.ª parte MENGE. — *Batteriologia del canale genitale delle donne non gravide e non puerpere.*

II.ª parte KRÖNIG. — *Batteriologia del canale genitale delle gravide partorienti e puerpere.*

Da che Mayrhofer nel 1865 (*Monats. f. G. u. Frauenkl.*, B. XXV) e Waldeyer nel 1872 *(Arch. f. Gyn.)* parlarono pei primi di microrganismi riguardo alla febbre puerperale, gli studî e le pubblicazioni a tale riguardo si estesero in un modo straordinario, e i più grandi progressi chirurgici nella ostetricia e nella ginecologia si fondarono specialmente sulla conoscenza e sullo studio della batteriologia, senza la quale come disse ben giustamente il Dührssen, non si potrebbe oggi comprendere nè l'ostetricia nè la chirurgia *moderna.* — Infatti nelle migliori Cliniche ostetriche moderne il laboratorio di microscopia ed il laboratorio di batteriologia porgono il loro valido appoggio scientifico-teorico alle risultanze cliniche, e i pochi che affettano noncuranza per questi studî si possono mettere insieme a quel chirurgo di Parigi che, ancora pochi anni or sono, si vantava di essere partigiano del *pansement sale;* sono le ultime nottole (come disse un illustre chirurgo italiano) che fuggono davanti al sole già alto!

Il conoscere quale sia la natura dell'elemento infettante (dice per esempio Pestalozza nella « Terapia odierna delle infezioni puerperali »), vuol dire risolvere uno dei due più importanti quesiti della terapia della febbre puerperale, di cui il primo è quello di conoscere il punto di innesto della infezione nel tratto genitale. — Perchè rifiutare per la cura della febbre puerperale il metodo strettamente scientifico, che per esempio conquistò vittoriosamente la cura della difterite? Perchè non dobbiamo ricorrere nei casi di febbre puerperale ai criterî batteriologici, agli esami microscopici, alle colture?

Un Comparto o Istituto chirurgico che presenti (come dice il prof. Cuzzi) una *morbilità* del 15 o del 20 per cento si dice *mal tenuto,* e di questo stato di cose si incolpa chi lo dirige; e pure chi dirige un Istituto chirurgico moderno si

sforza di scoprire batteriologicamente la causa delle sepsi avute; perchè non si deve fare altrettanto in un Istituto o in una Clinica ostetrico-ginecologica per scoprire anche batteriologicamente la causa degli insuccessi operativi, delle febbre puerperali, delle peritoniti post-laparotomiche e via dicendo?

Sarebbe da augurarsi che anche in Italia, almeno chi può (o sarebbe in caso di potere) cercasse di scoprire coll'aiuto della batteriologia una *terapia generale* appropriata alla natura specifica del germe patogeno puerperale, procedendo ad un'accurata selezione bacteriologica dei diversi casi di febbre puerperale. La determinazione della natura dell'agente infettante (come disse Pestalozza nel succitato lavoro) ha un importanza grandissima trattandosi della *cura generale* della febbre puerperale. — Perchè non si debbono seguire gli esempii di Nitot e Bumm che col siero antidifterico ottennero risultati fin'ora isolati, ma brillantissimi, nei casi in cui si potè rintracciare il bacillo di Löffler come causa di infezione puerperale? L'ammantarsi che fanno alcuni nella comoda persuasione della *varietà clinica dei casi* (per spiegare le varietà nosologiche ribelli alle cure comuni delle forme puerperali, e gli insuccessi della cura abituale), senza seguire la via delle indagini batteriologiche, vale niente più che mettere una bella maschera di sapienza alla ignoranza o all'inerzia.

Queste considerazioni sorgono facilmente sulla mente di chi legge il bellissimo libro di Kroenig e Menge sulla batteriologia del canale genitale femminile.

Questo libro contiene ricerche teorico-scientifiche che sono ricche di conseguenze importantissime per la pratica; conseguenze alcune delle quali a tutta prima parvero agli autori in contraddizione colle risultanze cliniche, ma che poi vennero (nel decorso dei quattro anni che furono impiegati alla compilazione del suddetto lavoro), pienamente confermate. Succedette in piccolo agli autori sopra citati quello che succedette nella massa complessiva delle ricerche fatte sul tema della bacteriologia del canale genitale femminile; essi ebbero nel decorso delle loro ricerche ad imbattersi in contraddizioni ed errori, in affermazioni e negazioni che talvolta scoraggiarono, ma che furono sempre feconde di utilità per stabilire in modo definitivo più tardi il vero; risultati definitivi che vennero a controbilanciare poi efficacemente lo scetticismo di coloro che dicevano doversi affidare la risposta di molti quesiti ostetrici e ginecologici solo all'osservazione clinica, scartando invece assolutamente la batteriologia che pareva tutt'a prima arbitra di tali questioni.

Questi ultimi non si accorgono che l'indagine dei fatti patologici affidata alla sola e pura clinica avrebbe condotto parimenti per false vie. Ed infatti a provare questo asserto basta considerare come nelle questioni di ostetricia e ginecologia (per es. sulla fisiologia e sulla patologia del puerperio) l'osservazione clinica di identici casi sopra identico materiale abbia portato alle più *disparate* conclusioni anche valenti osservatori. Bisogna quindi correre una giusta via di mezzo, e cioè l'osservazione pratica al letto dell'ammalata deve dar la mano nelle sue ricerche tanto all'anatomia patologica quanto alla batteriologia se vuol scoprire qualche cosa di positivo.

Per lo più il clinico si trova nella fortunata condizione di seguire le proprie ricerche tanto al letto dell'ammalata quanto nel laboratorio (se lo possiede!) e quindi ha sullo studioso della scienza pura un notevole vantaggio. Ma d'altra parte chi si applica a ricerche di scienza pura può dedicare alle medesime una molto maggior quantità di tempo che non il clinico, il quale è obbligato a spendere la massima parte della sua attività nella pratica. Oltre di ciò lo studioso di scienza

pura ha una pratica di laboratorio immensamente superiore a quella del clinico, di modo che le ricerche di laboratorio del primo riescono di solito molto più esatte che non quelle del secondo.

I lavori pubblicati fin' ora nel campo della batteriologia del canale genitale femminile sono stati fatti quasi tutti da clinici o da pratici, ed è quindi facile il supporre che appunto una delle ragioni delle contraddizioni che vennero a galla in tali ricerche sia appunto questa.

E questo fatto verrà apprezzato al suo giusto valore specialmente da chi abbia veduto praticare di queste ricerche o le abbia praticate personalmente, in quanto che avrà toccato con mano l'enorme difficoltà di analizzare la complicata microflora dei genitali femminili.

È da augurarsi quindi che in ogni Istituto ostetrico-ginecologico ben diretto si trovi tra il personale addettovi uno studioso di batteriologia e microscopia che eseguisca ricerche originali o studii di controllo come si fa nelle Cliniche mediche e chirurgiche, e ciò specialmente in quelli Istituti ostetrici che hanno materiale ricco e variato di casi della patologia del puerperio!

Molti levano oggi la voce sul soverchio operare; questi dovrebbero aggiungere alle parole i fatti, e dire come il Dührssen: anche noi ostetrici dobbiamo dar opera a che la « batteriologia tra non molto tempo venga a limitare anche il nostro campo d'azione operatorio (come lo fece in chirurgia col siero antidifterico), almeno per quanto riguarda la possibilità di guarire col siero la febbre puerperale.

In questo senso la protesta sarà ancora meglio accetta dal mondo scientifico ostetrico-ginecologico che vide colla batteriologia in breve tempo allargato il proprio campo di attività col dono dell'antisepsi, e sentì pronunciare da un illustre ginecologo berlinese nel pubblicare un lavoro ginecologico dei più geniali e lodati, le seguenti parole: « Usciti per opera della scienza moderna dalle pastoie ingannatrici delle medicazioni, degli unguenti, e dei barattoli, crediamo che chi deve dare oggi la firma all'opera risanatrice ginecologica sia il coltello. » CIOJA.

CORRISPONDENZA

Egregio Signore,

Mi permetto, col mezzo dell'autorevole periodico suo, di rivolgere calda preghiera a quanti Colleghi hanno curato infermi di tubercolosi col mio siero, di volermene inviare notizie, quanto più dettagliate è possibile, e qualunque siasi il risultato avuto.

E gradisca, per la cortesia sua, i miei più vivi ringraziamenti.

Genova, Settembre 1897.

Prof. MARAGLIANO.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIX. Ottobre 1897. Num. 10.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF S.
13 NOV 97

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Pavia

diretto dal Prof. L. Mangiagalli

Significato clinico dei versamenti pleurici nei tumori dell'ovaio

PEL

Dott. GIUSEPPE RESINELLI

Aiuto e docente.

L'attenta osservazione clinica ha più volte messo in luce delle manifestazioni morbose, le quali, interpretate da prima come complicanze della affezione principale, ebbero solo più tardi la loro spiegazione patogenetica, acquistando e conservando una speciale importanza diagnostica. Ed ecco l'esoftalmo, lo struma e la tachicardia riunite a costituire l'entità morbosa, che si denomina dal Basedow; ed ecco l'otite, l'incisura dentaria, la cheratite costituire la triade di Hutchinson ed indicare la sifilide ereditaria; ecco il color bronzino della cute essere segno di una affezione profonda e gravissima, altrettanto ignota nella sua patogenesi, quanto nota nel suo decorso e nel suo esito. Ma accanto a queste manifestazioni morbose di primaria importanza rispetto alla malattia principale, altre ve ne sono le quali, meno costanti nel loro apparire, meno appariscenti ed anche meno strettamente legate al processo morboso principale, o sono sfuggite alla attenzione dei clinici, od il loro manifestarsi non venne fatto oggetto di considerazioni sul significato che esse potevano avere, sia dal lato patogenetico, sia dal lato pronostico e terapeutico.

Se si consultano i più estesi e recenti trattati di chirurgia speciale e di ginecologia, invano vi si cercano chiare notizie in riguardo alla comparsa di versamenti pleurici in donne affette da tumori dell'ovaio.

Il Kiwisch (1) parlando delle alterazioni generali dell'organismo in conseguenza di tumori ovarici, accenna anche rapidamente ai versamenti idropici delle cavità del corpo, senza peraltro fare particolare accenno alle cavità pleuriche; il Gaillard Thomas (2) enumerando le complicanze delle cisti ovariche; ricorda la effusione pleuritica, senza aggiungere alcun commento; lo Schröder (3) accenna al versamento pleurico come una fra le conseguenze estreme dei cistomi ovarici abbandonati al loro destino; Olshausen (4) nell'Enciclopedia Ginecologica di Billroth e Luecke, mentre parlando dei carcinomi ovarici riferisce minutamente due casi in cui il neoplasma ovarico era complicato da versamento pleurico, non fa parola di tale complicanza fra le conseguenze dirette od indirette dei tumori dell'ovaio. Matthew D. Mann (5), pur dedicando un breve capitolo alle malattie dei polmoni fra le complicazioni dei tumori ovarici, non fa cenno dell'idrotorace. E di questa affezione tacciono affatto nei loro trattati il Martin, il Fritsch, il Winckel, il Lawson-Tait, l'Emmet, il Churchill, ecc.; solo il Pozzi (6) vi accenna in modo chiaro e preciso dicendo che le complicazioni pleuriche furone segnalate già con insistenza tale da non essere superfluo il farne parola in un trattato. Anch'egli però riferisce le opinioni di Terrier e di Demons senza aggiungervi alcun commento. Ed alla semplice citazione delle parole di Terrier si limita il Segond nel recente trattrattato di chirurgia (7).

Eppure alla attenta e minuta osservazione clinica, non era sfuggito che gli organi toracici potevano andare incontro ad alterazioni da considerarsi come conseguenze più che come semplici casuali com-

---

(1) Kiwisch von Rotterau. « Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechtes. » III Aufl. Prag, 1857, Bd. II, p. 147.

(2) Gaillard Thomas. « Trattato pratico delle malattie delle donne. » Vers. ital., Firenze, 1877, pag. 752.

(3) Schroeder. « Trattato delle malattie degli organi genitali femminei. » Vers. ital. Napoli, 1893, pag. 515.

(4) Olshausen. « Krankheiten der Ovarien, » in « Handbuch der Frauenkrankheiten » von Billroth und Luecke. Stuttgart, 1886, Bd. II, pag. 697.

(5) Matthew D. Mann. « The Clinical history and diagnosis of pelvic tumors other than uterine and tubal » in « a System of Gynecology by American Authors. » Edinburg, 1889, vol. II, parte II, pag. 1062.

(6) Pozzi. « Traité de Gynécologie clinique et opératoire. » IIIe édit., Paris, 1897, pag. 826.

(7) Segond, « Traité de Chirurgie » publ. p. Duplay et Reclus, Paris, 1892, T. VIII, p. 646.

plicanze di tumori ovarici; e seguendo il consiglio del mio maestro il prof. Mangiagalli, come più innanzi avrò occasione di rammentare, mi parve meritevole di particolare studio un siffatto argomento.

Lo Spencer Wells nel suo aureo libro sui tumori dell'ovaio e dell'utero, non trascura le lesioni degli organi toracici e si esprime con parole che meritano di essere testualmente riportate (1): « Les organes thoraciques sont également atteints et la dyspnée est un des symptômes qui causent le plus de gêne à la malade. Oedème, ascite, épanchement pleural, surtout au côté droit, viennent aggraver singulièrement la maladie; et la distension produit, sur les côtés de la colonne vertébrale, des effets assez sérieux pour empêcher que ces organes ne reprennent leur position et leurs fonctions normales, quand l'épanchement a été évacué. La plupart du temps les côtes sont dejetées en dehors, les muscles intercostaux sont tiraillés et ne reviennent jamais à leur état normal; les poumons ont été tellement refoulés qu'ils ont perdu leur élasticité et qu'ils ne se laissent plus distendre par l'air. Il peut encore se faire que le liquide qui remplissait les cavités pleurales ne se soit pas résorbé, ou bien, qu'après la ponction, le poumon ne puisse plus se dilater, alors la malade meurt faute de pouvoir respirer. Quelque fois ces complications sont survenues après l'ovariotomie, et on à vu des cas où la guérison était beaucoup reculée et même où la terminaison était fatale, simplement par suite des phénomènes thoraciques. »

Lo Spencer Wells aveva dunque notato la evenienza dell'idrotorace prevalentemente destro nei tumori dell'ovaio, ma limitossi a considerare la importanza pronostica che tale accidente può avere allorchè insorge dopo l'atto operativo.

Nella serie di ovariotomie che il Keith andava riferendo nell'*Edinburg medical journal* troviamo due osservazioni, nelle quali è chiaramente notata la contemporanea presenza di versamento pleurico sinistro e di tumore ovarico, ed è messa in evidenza la scomparsa della effusione in seguito all'atto operativo (2). Studiando i tumori solidi del-

---

(1) Spencer Wells. « Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus,leur di agnostic et leur traitement. » Trad. Rodet. Paris, 1883, pag. 92.

(2) Th. Keith. « Cases of ovariotomy. » *Edinburg med. journal*, 1868, pag. 481. Case LXVI. « Semi solid ovarian Tumour with Ascites. Pleuritic effusion. Cronic (Tubercular) peritonitis. Enlarged Liver and Spleen. Recovery. » *Ed. med. journal.*, 1869, pag. 1062. Case LXXXI. « Multilocular ovarian Tumour. Ovariotomy. Pleuritic effusion. Recovery. »

l'ovaio, il Leopold raccolse nella letteratura 56 casi e ne riferì le notizie cliniche ed anatomiche più importanti; in due di essi è notata la esistenza di essudato pleurico; nel caso di Spiegelberg (*Monatschr. f. Geburtsk.*, 28, 415) si trattava di fibroma ovarico sinistro ed il versamento pleurico era pure a sinistra; nel caso di Wegscheider (*Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, I, 35), la donna era affetta da cancro gelatinoso dell'ovaio sinistro e vi era versamento pleurico bilaterale: entrambe le ammalate vennero a soccombere senza essere operate (1). Olshausen riporta due osservazioni di cancro dell'ovaio occorsegli l'una nel 1867, l'altra nel 1871; la prima ammalata di 19 anni affetta da carcinoma ovarico, presentava versamento pleurico a destra e circa sei mesi più tardi venuta a soccombere si trovò idrotorace bilaterale e nodi cancerosi metastatici in entrambi i polmoni: la seconda ammalata di 28 anni, pure affetta da tumore ovarico maligno e venuta a soccombere per embolia dell'arteria polmonare, presentò alla sezione una notevole quantità di trasudato chiaro nella cavità pleurica destra, mentre la pleura polmonare corrispondente presentava una diffusa eruzione di nodi miliari duri e grigiastri (2).

In tutte queste osservazioni però ed in altre sparse qua e là, si considera l'idrotorace come una complicanza fortuita nè mai si è pensato di studiarlo nei suoi rapporti patogenetici colla affezione dell'ovaio. Il primo lavoro nel quale le affezioni della pleura nelle malattie degli organi genitali femminili siano state fatte oggetto di studio particolare è quello di Haeckel (3). Nella Clinica ginecologica e nella pratica privata di Freund in Strassburg, egli potè studiare complessivamente otto casi in cui una affezione dei genitali femminili era complicata da versamento pleurico. In questi otto casi i tumori ovarici figurano in sette, mentre l'ottavo è dato da una gravidanza extrauterina addominale con sfacelo dell'uovo, peritonite e pleurite destra siero-purulenta; è chiaro che quest'ultimo fatto era manifestazione di infezione piemica generale. Degli altri sette casi in cinque si trattava di tumore ovarico certamente maligno (carcinoma) e in due di cistoma ovarico semplice. La sede del

---

(1) Leopold. « Die soliden Eierstockgeschwülste. » *Arch. f. Gynäk.*, Bd. VI, pag. 189.

(2) Olshausen. « Krankheiten der Ovarien, etc. » pag. 697 e 698.

(3) Haeckel. « Ueber Affectionen der Pleura bei Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane. » Inaug. Diss., Wien, 1883.

versamento era sei volte a destra, una volta a sinistra ed una volta bilaterale. L'Haeckel ammette che trattasi in questi casi di una pleurite e non di un semplice idrotorace, fa rilevare la prevalenza del versamento a destra e nota la importanza clinica che nei vari casi può presentare una simile complicanza per rispetto alla indicazione dell'intervento operativo.

Più tardi nella stessa Clinica di Strassburg il Freund medesimo (1) richiamava l'attenzione sulla importanza clinica che i versamenti pleurici possono avere nella diagnosi della natura dei tumori dell'ovaio. In quel lavoro, sul quale si ritornerà più innanzi, il Freund riferisce dettagliatamente la storia clinica di 12 casi di tumori ovarici maligni da lui operati, in 10 dei quali osservò un versamento pleurico più o meno copioso: tale versamento era 9 volte bilaterale ed una volta sinistro. Contrariamente all'Haeckel, il Freund ritiene che si tratti di idrotorace semplice anzichè di vera pleurite, accennando fra le altre ragioni all'avere trovato talora nella pleura liquido cogli identici caratteri di quello riscontrato nel cavo peritoneale; e quantunque non sia tale versamento un sintomo precoce, pure il clinico di Strassburgo lo addita come un nuovo buon contributo alla diagnosi di malignità dei tumori ovarici.

Di fronte alle osservazioni riportate da Haeckel ed alle più precise conclusioni desunte da fatti clinici dal Freund, ci si presentano ora altri studii ed altre osservazioni riferentisi alla complicanza di lesioni pleuriche nelle affezioni dei genitali muliebri.

Il Potain al Congresso di Rouen nel 1883 (2) col nome di flussioni pleuro-polmonari riflesse d'origine utero-ovarica, riferiva di avere più volte osservato sopravvenire in corrispondenza della pleura o del polmone delle alterazioni infiammatorie, talora lievi e fugaci, tal'altra, e più raramente, durature e capaci di determinare anche versamento in seguito a fenomeni d'irritazione o di vere infiammazioni utero-ovariche. Avendo poi notato che i fenomeni pleurici sogliono manifestarsi dal lato medesimo della alterazione ovarica, spiega il fenomeno come una azione riflessa e soggiunge che questo fatto tiene il suo posto a lato

---

(1) Freund. « Ueber die Behandlung bösartiger Eierstocksgeschwülste. » *Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäk.*, Bd. XVII, pag. 140.

(2) Potain. « Des fluxions pleuro-pulmonaires réflexes d'origine utéro-ovarienne. » Association franç. pour l'avanc. des sciences (XIIe session, 1883), Congrès de Rouen. *Gazette des Hôpitaux*, 1883, N. 119, pag. 947.

di molti altri che stabiliscono la solidarietà patologica per via riflessa di un certo numero di organi fra di loro, trovandovi la conferma di alcune leggi alle quali questa solidarietà sembra sottomessa. Non mi sembra qui opportuno discutere l'interpretazione che il Potain ha creduto di dare a questi fenomeni pleuro-polmonari, sia perchè non posso portare innanzi personali osservazioni cliniche, sia perchè di questa comunicazione di Potain mi fu dato di avere soltanto la succinta relazione riportata negli atti del congresso.

Più tardi il Lasne (1) in una sua dissertazione, coll'appoggio di osservazioni personali e di altre raccolte nella letteratura, faceva notare come le pelvi-peritoniti, qualunque sia la loro natura, possono essere accompagnate da pleurite diaframmatica, la quale sarebbe dovuta a propagazione del processo infiammatorio dal peritoneo pelvico al peritoneo diaframmatico, specialmente pei vasi linfatici che accompagnano i vasi utero-ovarici e che terminano ai pilastri del diaframma.

Ed una certa relazione morbosa fra le pleure e le ovaie veniva notata da Terrier (2) il quale nella serie di ovariotomie eseguite avendo osservato, se non spesso, certo non in modo eccezionale accidenti pleurici sia precedenti sia susseguenti alle operazioni, riteneva meritassero di fissare l'attenzione dei clinici, in quanto che egli non riusciva a trovarne la spiegazione plausibile, pur essendo costretto ad ammettere che le pleure siano predisposte ad infiammare, sia per la presenza di tumori ovarici, sia anche allorchè questi vennero esportati. Il Terrier parla solo di accidenti pleurici senza accennare alla formazione o meno di versamento, ed accenna al fatto senza tener conto della natura dei tumori nei quali venne più frequentemente osservato. Egli è perciò che mi è sembrato di dover fino ad un certo punto riunire le sue osservazioni e quelle di Potain e di Lasne, potendo almeno in un certo numero di pleuriti post-operatorie essere invocato un fatto infettivo.

Ben diversamente invece sono intese le osservazioni comunicate da Demons alla Società di Chirurgia di Parigi (3). Premesso che egli

---

(1) Lasne. « Pleuresie diaphragmatique et pelvi-peritonite. » Thèse, Paris, 1887.

(2) Terrier. « Remarques cliniques sur une quatrième série de 25 ovariotomies. » *Revue de Chirurgie*, Paris, 1886, Mars, pag. 174 e 193.

(3) Demons. « Épanchements pleurétiques compliquant les kystes de l'ovaire. » *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, Tome XIII, 1887. Paris, pag. 771-776.

intende lasciare da una parte i versamenti pleurici che si osservano nei tumori maligni, riferisce di avere osservato nove volte su cinquanta casi, il versamento pleurico in donne affette da cistomi dell'ovaio: tale versamento ora era unilaterale ora bilaterale e non si mostrava in rapporto col lato da cui il tumore era sviluppato e non sempre in rapporto col volume del tumore: in alcune vi era ascite; in altre vi erano anche edemi agli arti inferiori. Le osservazioni di Demons porterebbero a credere che il versamento pleurico nei tumori ovarici si osservi con una certa frequenza e che non sia per sè stesso segno di malignità del tumore. Terrier ritiene un po'esagerata la frequenza ammessa da Demons e si mostra piuttosto propenso a ritenere tali versamenti come segni di malignità del tumore. Bouilly osservò tre volte su trenta casi il versamento pleurico complicare tumori dell'ovaio; in due i tumori erano benigni, in uno maligno e ritiene per ciò che tanto gli uni quanto gli altri possono determinare la affezione pleurica. Championnière osservò sei casi di idrope pleurico con tumori ovarici vegetanti e vi attribuisce significato sfavorevole. Terillon osservò tre volte il versamento pleurico su 120 ovariotomie, in due casi si trattava di tumore maligno; in uno di tumore benigno e considera perciò da un punto di vista pronostico anche due generi di versamento, uno benigno e semplice, l'altro maligno e canceroso.

Quasi contemporaneamente al Demons si occupava di questo argomento in Italia il Pascale (1). Egli su 21 casi di cistoma ovarico osservò tre volte la coesistenza del versamento pleurico e richiamò l'attenzione su questa complicanza per la possibilità che un fatto infiammatorio possa sopraggiungere a rendere anche letale la affezione. La frequenza di tale versamento sarebbe solo del 5-6 0[0 e sarebbe ordinariamente congiunta ad idrope-ascite. La puntura della cisti, massime se uniloculare, può far scomparire il versamento, che poi si riproduce col riprodursi del liquido ovarico; la scomparsa diventa permanente e la pleura torna nelle sue funzioni normali dopo la ovariotomia. Questa forma di versamento ha caratteri tutti suoi speciali, differenziandosi dalle forme infiammatorie e dalle forme dovute a diffusione di processo cancerigno. Egli cerca poi di dare una spiegazione alla formazione di

(1) Pascale. « L'idrotorace nelle cisti dell'ovaio. » *Archivio ed Atti della Società italiana di chirurgia*, V, 1888, Napoli, pag. 291.

questo liquido nella pleura, e trae altresì delle conclusioni pratiche, sulle quali avremo occasione di ritornare in seguito.

Da tutto ciò appare adunque che le osservazioni di una tale complicanza pleurica coi tumori ovarici, sono ancora in numero esiguo e sopratutto che esiste una evidente disparità nella interpretazione clinica del sintomo. Fu precisamente per una tale discrepanza che mi parve non privo di interesse lo studiare questo argomento, seguendo in ciò il consiglio del mio maestro il prof. Mangiagalli, che dalla pratica di un immenso materiale clinico era venuto a conclusioni alquanto diverse da quelle ottimiste di Demons e di Pascale. E ad incitarmi in siffatto studio mi si offerse l'occasione di osservare in quest'anno scolastico 1896-97 nella Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia tre casi di tumore ovarico complicati da effusione liquida nel cavo pleurico, di cui espongo tosto le relazioni cliniche.

I.

Morsi Annetta d'anni 23, nubile, di S. Maria della Versa, entra nella Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia il 23 Settembre 1896. Mestruata la prima volta a 14 anni, lo fu di poi regolarmente ed in modo piuttosto abbondante (6-7 giorni) fino a questi ultimi tempi, in cui le mestruazioni si ridussero e per durata e per quantità, senza però mai mancare al ritorno di ogni periodo. Non fu mai gravida. Non sofferse malattia di sorta, salvo febbri intermittenti cinque anni or sono. Circa cinque mesi or sono la ragazza, che era sempre stata di ottima salute, cominciò ad accusare malessere generale, inappetenza, dolori vaghi all'addome; dopo qualche tempo avvertì nel ventre una tumescenza piuttosto consistente, da prima avvertita soltanto con attenta indagine, poi invece facilmente palpabile, in causa del rapido progressivo accrescimento. In due mesi circa l'addome raggiunse il volume che ha al presente e col crescere della distensione crebbero i dolori trafittivi, il malessere, l'inappetenza, quantunque l'ammalata non abbia mai avuto febbre.

All'esame obbiettivo si nota l'addome disteso principalmente nei due quadranti inferiori, alquanto espanso sui lati. Alla percussione si limita una zona di ottusità, che si termina in alto al disopra del bellico con una linea alquanto irregolare declinante ai lati, per lasciare timpanico il fianco destro e per lasciare pure una piccola zona timpanica a sinistra. Colla palpazione si nota che i due quadranti inferiori sono occupati da una massa irregolare, in alcuni punti dura, in altri elastica, fluttuante, leggermente spostabile in senso laterale, pochissimo in senso

longitudinale. L'ascoltazione è negativa. I genitali esterni di nullipara sono sani, l'utero piccolo in retroversione; attraverso al fornice anteriore si sente il polo inferiore del tumore irregolare, elastico, poggiante sullo stretto superiore, senza però insinuarsi nello scavo; il pavimento pelvico è alquanto rigido ed inspessito.

L'esame dell'apparato circolatorio e respiratorio non fa rilevare particolari alterazioni: le condizioni generali della donna sono alquanto deperite; non esiste albuminuria. Si fa diagnosi di *neoplasma ovarico maligno con diffusione al pavimento pelvico.* Le condizioni generali dell'ammalata, lo stato leggermente febbrile consigliano a sorvegliare l'andamento del processo. Dopo pochi giorni compare edema circoscritto alle regioni carotidea e sopraclaveare destra, edema che a poco a poco si diffonde al braccio, all'antibraccio, alla mano, che si fanno tesi e dolenti. Sono ingrossate e dolenti le ghiandole ascellari e le cervicali; l'ammalata molto sofferente ha sempre lieve febbre vespertina, che non oltrepassa però di solito 38°. Con opportune cure, a poco a poco scompare l'edema dell'arto; pochi giorni dopo, senza che la temperatura si modifichi da quella dei primi giorni, compare dolore puntorio a destra e si avverte quivi distinto rumore di sfregamento pleurico; dopo alcuni giorni ottusità e segni fisici di versamento, che non oltrepassa l'angolo della scapola. Compaiono quindi dolore puntorio, sfregamento e più tardi segni di lieve versamento pleurico a sinistra. L'addome si è fatto più teso ed in esso si nota raccolta liquida libera. Per dare un po' di sollievo all'ammalata si pratica la puntura dell'addome e si estraggono circa 500 cmc. di liquido trasparente filante, gialliccio, con sedimento rossigno costituito da emazie ben conservate e qualche elemento epiteliale. Più tardi le condizioni della ammalata si sono fatte più gravi, sono comparsi edemi agli arti inferiori, ingrossamenti ghiandolari diffusi, versamento modico in entrambe le pleure: si pratica una nuova paracentesi e si estraggono due litri di liquido sanguinolento. Giudicato inopportuno qualsiasi intervento operativo si passa l'ammalata in una sala medica dove muore il 17 Dicembre 1896.

All'autopsia si nota di particolare: nell'addome discreta quantità di liquido libero sanguinolento; in corrispondenza dell'ovaio destro un tumore voluminoso, bernoccoluto, che si spinge a sinistra, in alcuni punti di consistenza dura, in altri molliccia, bianchiccio al taglio, con cavità piene di siero torbido; utero ed ovaio sinistro di volume normale: tutto il peritoneo viscerale e parietale, ma specialmente quest'ultimo è cosparso di nodi grigio-rossigni del volume da una lenticchia ad un pisello; il peritoneo diaframmatico ne è tutto pieno. Nella pleura destra discreta quantità di liquido torbido con fiocchetti bianchi; sulla pleura parietale, principalmente sulla diaframmatica si notano molteplici nodi analoghi a quelli osservati sul peritoneo; anche nella pleura sinistra si osserva discreta quantità di liquido rossigno e nodi sulla pleura dia-

frammatica. Notevolmente atelettasico il polmone sinistro; scarso liquido nel pericardio; cuore piccolo e flaccido; non si notano particolari alterazioni alle vene azigos.

L'esame microscopico del tumore dimostra trattarsi di sarcoma dell'ovaio a piccole cellule e di eguale natura mostransi i nodi peritoneali e pleurici.

II.

Il 4 Gennaio 1897, dalla Clinica propedeutica medica, dove era stata accolta pochi dì innanzi, viene mandata alla Clinica ostetrico-ginecologica certa Giannuzzi Rosa, d'anni 34, di Siziano. Non sofferse in addietro malattia di importanza. Ebbe due gravidanze entrambe con esito di parto felice a termine. Mestruata a 16 anni lo fu di poi sempre regolarmente per periodo, quantità e durata; da otto mesi le mestruazioni, pur mantenendosi regolari in quantità, anticipano di circa una settimana.

Nel mese di Maggio '96, coll'insorgere di lievi dolori addominali la donna avvertì un progressivo tumefarsi del ventre, che però le permetteva di attendere alle sue ordinarie occupazioni. Ma col progressivo crescere della tumefazione addominale andarono facendosi più vivi ed insistenti i dolori, che a tratto a tratto diventavano vivissimi alla regione illiaca sinistra, così da obbligare la donna a letto. Fu in uno di questi periodi in principio di Dicembre che il medico credette opportuno di fare una puntura nell'intento di evacuare il liquido; riconosciuto trattarsi di raccolta cistica, mandò la donna all'Ospedale, ove venne ricoverata da prima nella Clinica propedeutica medica.

All'esame obiettivo si rileva: donna assai denutrita, gracile; collo alquanto deformato per ipertrofia del lobo destro della tiroide: itto cardiaco appena visibile nel 3.° spazio all'indentro dell'emiclaveare; nulla di speciale alla ascoltazione. Posteriormente si nota edema alla regione sacrale; ipofonesi dall'angolo della scapola in giù a destra; quivi nei primi giorni si avvertì respiro scarso e spiccato sfregamento pleurico, poi segni fisici di versamento giungente col suo limite superiore all'angolo della scapola. Nulla di notevole al polmone sinistro.

L'addome è disteso come in una gravidanza gemellare a termine, la cicatrice ombelicale è spostata notevolmente in alto; si notano smagliature di recente ed antica data, non segni di circolo collaterale da compressione della cava o della porta. La linea di ottusità superiore è alquanto irregolare; si rilevano segni di versamento libero nel cavo addominale; colla palpazione si avverte voluminoso tumore elastico fluttuante, in alcuni punti duro e resistente, solo debolmente spostabile. All'esplorazione si sente l'utero di normale volume spostato all'indietro, indipendente dalla voluminosa massa elastica, che poggia sullo stretto superiore.

Dignosi: *Cistoma ovarico complicato da versamento peritoneale e da versamento pleurico destro.*

Malgrado le stremate condizioni generali, e l'esistenza di versamento pleurico si giudica l'ammalata non solo tecnicamente, ma clinicamente operabile e la laparotomia viene eseguita il 18 Gennaio 1897. Incise le pareti addominali da quattro dita al di sopra del bellico fino al pube ed aperto il cavo addominale, sgorga copiosa a fiotti una sostanza viscida colloidea, di colore gialliccio, trasparente come gelatina. Allargata la breccia addominale, si mette allo scoperto l'omento che riveste la faccia anteriore del tumore. Questo omento è sì fattamente infiltrato dalla sostanza gelatinosa, da apparire spesso fin due dita trasverse, giallo, mostrando per trasparenza il decorso dei vasi sanguigni che lo percorrono.

Riuscito vano il tentativo di vuotare il tumore con un grosso trequarti, si incide col bistorì la faccia anteriore di esso e colle mani si porta fuori quanto più si può della sostanza colloidea, che distribuita fra le trabecole connettive forma tutta la massa neoplastica. Staccate le lasse aderenze che trattengono il tumore alle pareti addominali, lo si trae fuori dalla breccia, e si mette così in luce il peduncolo all'angolo uterino sinistro; lo si stringe con doppio laccio in seta e con allacciature secondarie, quindi si recide il tumore serrandone la base con tre klemmer. Allacciati isolatamente i vasi del peduncolo, si procede alla escisione dell'omento alterato. Esso viene asportato in totalità, previa allacciatura della base in quattro gruppi, e legatura separata dei vasi più grossi. Colle mani e con spugne ripetutamente si esporta tutta la sostanza gelatinosa dispersa fra le anse intestinali fino alla volta diaframmatica; un gruppo di queste anse appare in special modo congesto e rivestito da questa gelatina, che fittamente vi aderisce. Applicato un grosso drenaggio nello spazio del Douglas, si chiude la ferita addominale con punti staccati in seta.

Il decorso post'operatorio fu dei più regolari; nelle prime 24 ore si somministrarono, parte per ipodermoclisi, parte per enteroclisi, cmc. 1700 di soluzione fisiologica di cloruro di sodio; si cambia la medicazione dopo 12 ore perchè tutta intrisa e di poi non la si rimuove che al 10.° giorno per togliere i punti ed il drenaggio; al 10.° giorno si constata scomparso ogni versamento pleurico e mancanza di qualsiasi sfregamento. L'ammalata lascia la Clinica il 14 Febbraio. Dopo due mesi si constata che essa si è pienamente ristabilita e non vi è alcun segno di riproduzione del neoplasma.

Il tumore esportato in parte svuotato pesa Kg. sei, ed è formato da una massa a grossi lobi con pareti poco spesse entro le quali raccolta in secondarie concamerazioni trovasi una sostanza gelatinosa colloidea, che non fluisce dalla cavità anche facendovi grandi spaccature. Il colore di tale sostanza è diverso nelle varie parti del tumore; in al-

cuni punti è di colore giallo citrino, in altri è giallo scuro, in altri quasi nerastro. Sulla superficie esterna del tumore, in quella parte che corrispondeva alla regione dell' addome attraverso la quale era stata fatta la puntura, si osserva un vasto tratto coperto da essudato gialliccio, che circonda un' ampia apertura con tutta probabilità prodottasi col trequarti. Si nota ancora che il liquido contenuto nella parte del tumore così punta è identico alla massa gelatinosa trovata libera nel cavo dell'addome. Le colture di questa sostanza danno risultato negativo; inoculata nel peritoneo di cavie, si ebbe la morte dopo due giorni, ma non si potè constatare la riproduzione della sostanza inoculata.

III.

Il 12 Ottobre 1896 veniva accolta nella Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia Gravelloni Maria, d' anni 52, contadina di Bastida Pancarana. Non sofferse in addietro malattie degne di nota: ebbe undici gravidanze di cui, tranne la prima, gemellare, interrottasi abortivamente al 3.° mese e seguita da puerperio febbrile, le altre tutte ebbero decorso normale ed esito di parto normale a termine. Mestruata la prima volta in modo ordinario all'età di 14 anni, lo fu di poi regolarmente fino all' età di 43 anni, in cui insorse senza particolari disturbi la menopausa. Da allora non ebbe più perdite sanguigne. L' ammalata dice di non avere mai sofferto disturbo alcuno fino ai primi del Maggio testè scorso. Fu allora che in seguito a caduta, nella quale ebbe ad urtare il fianco sinistro, portò la sua attenzione a questa regione e vi avvertì un corpo rotondeggiante, elastico, indolente che prima non aveva mai notato. Tre giorni dopo questa caduta si iniziò perdita sanguigna dai genitali, perdita dapprima piuttosto copiosa, poi paragonabile a quella del periodo mestruo, e che cessò spontaneamente dopo tre giorni. Preoccupata da questi fenomeni più che da sofferenze l' ammalata ricorse al medico, che la consigliò a ricorrere alla Clinica.

All'esame obiettivo si nota un avanzato emaciamento generale; non vi sono però edemi, non vi è albuminuria. Si nota di particolare l'esistenza di ernia inguinale sinistra libera e lieve ingrossamento delle ghiandole linfatiche sopraclaveari a destra, mentre sono normali nelle altre parti del corpo. Nulla di notevole si rileva all'esame del cuore, che appare nella sua normale situazione. Si nota invece posteriormente a destra ottusità e resistenza appena sotto la spina della scapola, con segni fisici indubbi di versamento pleurico da questo lato; non vi è edema della parete toracica corrispondente. Nulla di notevole si osserva all'esame del torace sinistro.

L'addome è disteso come in una gravidanza al 6.° mese, ma in modo irregolare. Colla palpazione avvertesi una tumescenza che occupa

la zona sotto-ombellicale, elevandosi a tre dita trasverse al disopra di questa. Questa tumescenza ha consistenza varia, elastica, fluttuante nella parte superficiale a destra, offre consistenza dura nelle parti profonde. A sinistra si avverte pure un grosso gavocciolo con piccolo picciuolo collegato alla massa neoplastica sottostante. La tumescenza è indolente alla pressione, immobile, si approfonda nella pelvi così da non permettere di insinuare le dita fra essa ed il contorno pelvico, specie a sinistra ed in avanti. La percussione dà suono ottuso nella regione occupata dal tumore; si rilevano però segni di versamento libero peritoneale. All'esplorazione si nota l'utero piccolo spostato *in toto* in avanti ed a sinistra, fisso nella zona cervicale, suscettibile di qualche movimento nel corpo. Dietro l'utero la pelvi è occupata da masse resistenti, dure, fisse, che occupano il terzo superiore dello scavo, facendo sporgere in basso il fornice postero-laterale destro; a sinistra il tumore poggia sul fornice vaginale, ma in modo meno pronunciato.

Si fa diagnosi di *cisto-sarcoma ovarico con diffusione secondaria al peritoneo pelvico e versamento pleurico destro.*

Si trattiene l'ammalata nella Clinica per dimostrazione scolastica e per studiare il decorso del processo morboso. Non si ebbe mai alcun rialzo febbrile, anzi la temperatura di rado ha oltrepassato i 37°; le urine ripetutamente esaminate non contennero mai albumina; il versamento pleurico andò invece aumentando e provocando a volte accessi di dispnea. Il 15 Novembre si pratica la toracentesi e si estraggono due litri di liquido siero-citrino, alcalino, di densità 1021, contenente negli scarsi sedimenti globuli bianchi e qualche cristallo di colesterina; le colture del liquido sono rimaste sterili; iniettatone cmc. 5 nella cavità peritoneale a due cavie non si ebbe reazione alcuna. L'ammalata ebbe sollievo per un po' di giorni, poi il liquido si riprodusse e l'ammalata il 20 Dicembre volle far ritorno alla propria casa. Ritornò alla Clinica nell'Aprile 1897. L'emaciazione è più spiccata, il tumore non è aumentato di volume, nè maggiore si è fatto il versamento libero addominale. Persiste il versamento pleurico a destra, non esistono nè albuminuria, nè edemi. Tenuta l'ammalata nella Clinica per quasi due mesi non si notò mai alcun rialzo febbrile; il tumore però ha esteso la sua diffusione al pavimento pelvico, che si è fatto rigido in ogni parte e cosparso di molteplici bernoccoli.

Praticata ben due volte la toracentesi estraendo ogni volta da 1 $^1/_2$ a 2 litri di liquido, sempre coi caratteri già notati, il liquido si riproduceva tosto con rapidità. Di questo liquido vennero fatte iniezioni nel peritoneo di cavie, ma con risultato negativo.

Le tre osservazioni cliniche, che mi parve opportuno di esporre con una certa diffusione di particolari, permettono di trarre alcune de-

duzioni a confermare le quali porterò un'altra serie di casi clinici che serviranno a meglio valutare la importanza dei primi. Risulta infatti che nel primo caso il versamento pleurico, prima destro poi bilaterale, era prodotto da metastasi sarcomatose nella pleura; nel secondo caso era dovuto ad un processo irritativo pleurico che studieremo più innanzi, ma certo non neoplastico, e determinato dalla presenza di un tumore ovarico non cancerigno; nel terzo caso il copioso versamento pleurico non poteva essere attribuito a metastasi del tumore ovarico, per la natura del liquido e sopratutto per la durata della forma morbosa, ma doveva essere attribuito ad una causa analoga alla precedente, quantunque fosse determinato da un tumore di natura certamente cancerigna. Appare dunque che nei tumori dell'ovaio, massime se accompagnati da irritazione peritoneale, la pleura ha una particolare disposizione ad ammalare, pur non sottostando sempre ad eguale natura di processo morboso. Di grande utilità mi torna perciò lo studiare una serie di osservazioni cliniche raccolte nel Comparto ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano nel periodo di tempo in cui fu diretto dal prof. Mangiagalli. La copia di ammalate che affluiscono a quell'Istituto da una vasta estensione di territorio, fornì un ingente numero di ammalate con tumori dell'ovaio e l'osservazione clinica non poteva perciò essere tanto facilmente traviata. Al mio maestro il prof. Mangiagalli, che mise a mia disposizione questo materiale di studio, rendo sentite grazie. I casi sono in tutto 23, comprendendovi due osservazioni nelle quali venne constatata la presenza di sfregamento pleurico, senza avere accertata la formazione di effusione. Per meglio ordinare la esposizione delle storie cliniche le distribuirò in gruppi, ponendo da prima quelli in cui il reperto della autopsia ha confermato il diagnostico, poi quelli in cui si praticò un atto operativo laparatomico, infine quelli in cui le condizioni dell'ammalata sconsigliarono ogni tentativo di intervento radicale, e vennero perciò trasferiti in sale mediche o nella sala destinata agli incurabili, quando le ammalate non preferirono far ritorno a casa loro.

1.°

Mettica Cecilia, d'anni 62, nubile, di Milano è accolta nel Comparto ginecologico il 17 Novembre 1890. Mestruata da prima regolarmente, entrò senza disturbi nella menopausa all'età di 47 anni. Gravida una

sola volta, partorì normalmente a termine. Da quattro mesi con disturbi intestinali e dolori la donna notò il rapido aumentare di volume dell'addome; più tardi apparvero edemi agli arti inferiori ed alle pareti addominali.

All'esame obiettivo si nota emaciazione generale, apiressia, edemi — *copioso versamento pleurico bilaterale.*

L'addome è disteso come in gravidanza a termine, ma in modo irregolare per la presenza di un tumore bernoccoluto e di versamento ascitico, l'utero è fisso profondamente nella pelvi. Non vi è vizio cardiaco, non albumina nelle urine.

Diagnosi: *Carcinoma ovarico con diffusione secondaria al peritoneo, ascite, versamento pleurico bilaterale.* — Riconosciuto inopportuno qualsiasi intervento si tiene l'ammalata in osservazione. Muore il 21 Novembre. L'autossia dimostrò: notevole idrope della pleura e del pericardio; nodi carcinomatosi sparsi in entrambi i polmoni; cuore flaccido, adiposo. Tutti i visceri addominali sono avvolti in una massa e cosparsi di innumerevoli nodi cancerosi. In corrispondenza dell'ovaio destro si nota un tumore solido del volume della testa di un bambino.

Epicrisi. Carcinoma ovarico destro. Carcinosi peritoneale e polmonare successiva.

2.°

Patriarca Margherita, d'anni 52, di Castiglione d'Intelvi, ricovera nel Comparto ginecologico di Milano il 1.° Gennaio 1891.

Mestruata sempre regolarmente, trovasi ora nella menopausa da 3 anni. Fu gravida 11 volte ed ebbe 10 parti normali ed uno abortivo. La malattia incominciò circa un anno fa con dolori, malessere e tumefazione progressiva dell'addome, e più tardi accentuata dispnea aumentata dall'esistenza di gozzo retrosternale. L'addome è più voluminoso che in una gravidanza a termine; si rileva in esso l'esistenza di liquido libero in discreta copia e di un tumore irregolare, bernoccoluto, fisso, sorgente dalla pelvi; l'utero è fisso dalle masse che avvolgono il tumore ed infiltrano il pavimento pelvico. Le condizioni generali sono assai deperite, non vi è albuminuria, non febbre, non lesioni cardiache; l'esame dell'apparato respiratorio fa rilevare l'esistenza di *versamento pleurico destro*, che oltrepassa in alto posteriomente il margine superiore della 6.ª costa.

Diagnosi: *Carcinoma ovarico con ascite e probabile diffusione secondaria al pavimento pelvico. Versamento pleurico destro.*

Il 4 Gennaio ad alleviare un po' i disturbi che affliggono la povera inferma, si fa la toracentesi e si estraggono 2700 cmc. di liquido rossigno torbidiccio, di peso specifico 1014, contenente pigmenti biliari, emazie, cellule pioidi, nessun elemento cancerigno. Il liquido pleurico

a destra si riproduce ben tosto e poco dopo si forma versamento anche a sinistra e l'ammalata muore il 9 Gennaio 1891.

All'autossia si ritrovò nel cavo pleurico destro abbondante liquido siero-sanguinolento con lieve tinta itterica; nel cavo pleurico sinistro pure abbondante liquido, ma chiaro; nessun nodo neoplastico nè sui polmoni, nè sulla pleura; nulla di particolarmente notevole al cuore. Nell'addome vi è gran copia di liquido sanguinolento con tinta itterica; il peritoneo è tutto cosparso di noduli carcinomatosi; dall'ovaio sinistro sorge un tumore cistico del peso di gr. 3500, un altro più piccolo, 280 gr., sorge dall'ovaio destro. Il fegato del peso di 1450 gr. è tutto cosparso di noduli carcinomatosi; la cistifellea contiene calcoli; i reni sono giallicci per degenerazione adiposa.

Epicrisi. Cisto-carcinoma bilaterale con diffusione al peritoneo ed al fegato. Raccolta pleurica bilaterale.

3.°

Colombo Maddalena, d'anni 42, sarta, di Milano, è accolta nel Comparto ginecologico il 29 Giugno 1890. Mestruata a 14 anni, lo fu di poi sempre irregolarmente per periodo; partorì una sol volta normalmente a termine; ora è amenorroica dal gennaio. Da principio si credette gravida ed i disturbi che accusava erano considerati come fenomeni simpatici; ora da un mese l'addome è cresciuto rapidamente ed i dolori addominali si sono fatti accentuatissimi; ad essi si aggiunse forte dispnea.

Nell'addome si rileva un tumore irregolare, duro, fisso, che arriva fino al bellico; l'utero è fisso da masse che lo attorniano ed irrigidiscono il pavimento pelvico; scarso liquido nel cavo addominale.

Al torace, posteriormente a destra, segni fisici di versamento pleurico dalla terza costa in giù.

Diagnosi: *Sarcoma ovarico con diffusione al peritoneo. Versamento pleurico destro.*

Il 5 Luglio colla toracentesi si estraggono dalla cavità pleurica destra cmc. 1500 di liquido siero-sanguinolento di peso specifico 1014; in cui all'esame microscopico non rilevansi elementi neoplastici. L'ammalata, pur mantenendosi sempre apiretica, verso la metà di Luglio presenta versamento pleurico anche a sinistra, versamento che si fa presto così copioso da richiedere la toracentesi, colla quale si estraggono pure 1500 cmc. di liquido, che all'esame appare come essudato siero-fibrinoso con emazie probabilmente cagionate dalla puntura. L'ammalata passa in sala cronici, e muore il 3 Settembre. L'autossia dimostra trattarsi di carcinoma ovarico bilaterale con diffusione a tutto il peritoneo; non vi sono nodi neoplastici nè al polmone nè alle pleure.

Queste tre osservazioni in cui la diagnosi clinica ebbe piena conferma al tavolo anatomico, mettono in evidenza alcuni fatti sulla cui patogenesi e sulla cui importanza clinica avremo occasione di ritornare più innanzi.

Nel primo caso il versamento pleurico bilaterale e siero sanguinolento era in rapporto con metastasi carcinomatose polmonari e pleuriche. Nel secondo caso il liquido effuso nella pleura destra, avendo la sua constatazione preceduto di pochi giorni la morte della donna, ci fa sorgere il dubbio che possa trattarsi di un fatto cachettico, quantunque la mancanza di altri segni e la conoscenza di forme simili scomparse in seguito all'atto operativo ci inducano a ritenerlo come dovuto ad altra origine. La presenza di sangue in questo versamento potè essere constatata tanto colla toracentesi come coll'esame necroscopico, eppure non esisteva alcun nodo metastatico nè sul polmone nè sulla pleura. La tinta itterica analoga a quella del corrispondente liquido effuso nel cavo peritoneale venne già constatato in questi versamenti da Freund, il quale si valse di questo carattere per dare una particolare spiegazione alla patogenesi di un tale fenomeno. Il terzo caso è analogo al secondo ed anche qui si potè constatare che il versamento comparve prima a destra e poi a sinistra, e l'autossia dimostrò la mancanza di metastasi polmonari o pleuriche.

In un secondo gruppo riunisco 4 osservazioni nelle quali venne eseguita la laparotomia.

4.°

Migliavacca Maria, d'anni 50, di Milano, è ricoverata nel Comparto ginecologico il 5 Gennaio 1891. Mestruata sempre regolarmente, partorì 5 volte a termine in modo normale; da 5 anni è nella menopausa.

Da soli tre mesi la donna si accorse di rapido sviluppo dell'addome e della presenza in esso di un tumore. Col rapido crescere di questo la donna si lagnava di modici dolori all'addome e sopratutto di progressivo deperimento generale.

All'esame obiettivo si constatano condizioni generali piuttosto deperite, assenza di edemi, di albuminuria, di lesioni cardiache, apiressia. Addome sviluppato come in una gravidanza a termine con copioso versamento libero; utero fissato contro l'arco pelvico anteriore da voluminoso tumore; si avvertono nodi sparsi sul peritoneo pelvico. Al torace segni fisici di versamento pleurico bilaterale prevalentemente sinistro, l'ottusità giunge fino al margine superiore della 7.ª costa.

Diagnosi: *Cisto-carcinoma ovarico diffuso al peritoneo, ascite, versamento pleurico bilaterale,*

Il 12 Gennaio colla paracentesi si estraggono 7 litri di liquido sieroso, citrino, limpido, con caratteri chimici e microscopici più di trasudato che di essudato: il 25 Gennaio si eseguisce la laparotomia. Incise le pareti addominali sulla linea mediana dal pube al bellico ed evacuata notevolissima quantità di liquido ascitico, si avverte un tumore elastico fluttuante, che occupa tutto l'ingresso pelvico e nello stesso tempo si rileva come il peritoneo parietale ed intestinale sieno disseminati di piccoli nodi dalla grandezza di un grano di miglio a quella di un grano di zea maiz. Per considerazioni cliniche basate sulla conoscenza di casi di papillomi maligni con diffusioni secondarie pure guariti mediante l'ablazione del tumore, si procede all' esportazione di questo. Staccate le aderenze, allacciato il largo e breve peduncolo lo si affonda e si compie l'atto operativo.

Il tumore è costituito da una cisti papillomatosa. La donna guarisce dall'atto operativo, ma pochi giorni dopo, tolti i punti di sutura, si constata il riprodursi del versamento ascitico, perciò l' ammalata passa in sale croniche.

5.°

Meschia Maria, di 50 anni, di Milano, è accolta nel Comparto ginecologico il 23 Gennaio 1894. Mestruata sempre regolarmente, non fu mai gravida ed entrò senza particolari disturbi nella menopausa un anno fa. Operata di ovariotomia per cistovario sinistro il 2 Dicembre 1892, ebbe buona salute per circa un anno e mezzo, poi avvertì tumefazione progressiva dell'addome, dolori diffusi, deperimento generale.

La donna presentasi alquanto emaciata con lievi edemi agli arti inferiori ed al sacro: l'addome è notevolmente disteso, in esso si avverte con discretamente copioso versamento libero, un tumore elastico fluttuante; l'utero è fisso, il pavimento pelvico è rigido. Posteriormente a sinistra fino all'angolo della scapola ottusità e segni di versamento pleurico; nulla di notevole a destra: non vi è albuminuria, nè segni di vizio cardiaco.

Diagnosi: *Tumore ovarico maligno con diffusione secondaria al peritoneo — versamento pleurico sinistro.*

Il 3 Febbraio si eseguisce la laparotomia. Incise le pareti addominali dal bellico al pube si dà esito a notevole quantità di liquido siero-sanguinolento. Le anse intestinali sono tutte ravvolte da essudati; il peritoneo è arrossato e presenta qua e là delle pseudomembrane. Dalla pelvi sorge un tumore del volume di una testa d' adulto, molliccio, spugnoso, aderente al pavimento pelvico. Staccate con qualche difficoltà le aderenze, si nota che il tumore sorge dal peduncolo sinistro

della precessa ovariotomia: si esporta la massa neoplastica, si applica un drenaggio e si fa la sutura delle pareti addominali. L'esame microscopico del tumore dimostrò trattarsi di adeno-papilloma rigogliosissimo.

L'ammalata guarisce dell'atto operativo, ma stante le condizioni generali passa in Sala medica il 4 Febbraio.

6.°

Semenza Domenica, d'anni 49, da Milano, ricovera nel Comparto Ginecologico di Milano il 6 Marzo 1891. Pel passato non ebbe a soffrire malattie d'importanza; le mestruazioni furono e sono regolari ed abbondanti; gravida tre volte, partorì due volte a termine, una volta prematuramente.

Da circa otto mesi, con dolori all'addome, debolezza generale e decadimento delle forze il ventre andò sempre più tumefacendosi fino a raggiungere l'attuale volume. Non esiste albuminuria, non vizio cardiaco, lieve edema ai malleoli. A sinistra si rilevano chiari segni di versamento pleurico in scarsa quantità. L'addome è notevolmente disteso per gran copia di liquido libero; l'utero è fissato contro l'arco pelvico anteriore da una tumescenza che si mostra fissa al pavimento pelvico irrigidito. Si fa diagnosi di *carcinoma ovarico con diffusione al pavimento pelvico e versamento pleurico sinistro.*

La laparotomia esplorativa fa evacuare copia di liquido ascitico e permette di constatare la esattezza del diagnostico; non reputando opportuna l'esportazione del tumore in causa delle aderenze e della notevole diffusione, si chiude l'addome.

La donna guarisce dall'atto operativo e passa in altra Sala l'8 Aprile.

7.°

Crippa Felicita, di 34 anni, da Molteno, ripara nel C. G. di Milano il 3 Novembre 1893. Non ebbe a soffrire in passato malattie degne di nota. Partorì una volta a termine. Le mestruazioni prima sempre regolari, ora sono assenti da 8 mesi. La malattia incominciò col cessare dei mestrui, tanto che la donna si riteneva gravida, massime vedendo progressivamente aumentare di volume l'addome; frattanto essa soffriva di dolori, disturbi dell' apparato digerente e di generale decadimento delle forze. La donna è notevolmente denutrita, non presenta alcuna alterazione dell' apparato respiratorio, il cuore è spostato in alto, ma i suoi toni sono puri; esistono lievi edemi ai genitali ed agli arti inferiori, non albuminuria. L'addome è evidentemente disteso per masse molteplici irregolari, che sorgono tutte da un medesimo ceppo raccolte in un' atmosfera di liquido ascitico che gode di scarsa mobilità.

Si fa diagnosi di *cisto-sarcoma dell'ovaio* ed il 7 Novembre si procede

alla laparotomia. Aperto con una grande incisione l'addome, staccato e resecato in parte l'omento aderente, si trae fuori dalla breccia l'enorme tumore che sorge dall'ovaio destro, si allaccia il largo peduncolo fascicolandolo, e si esporta il tumore. Dopo periodo di collasso la donna si ripiglia e il decorso post-operativo procede regolare: il 26 Novembre con leggera febbre si forma un *versamento pleurico a destra* che giunge fino alla spina della scapola; colla puntura esplorativa si estrae liquido siero-fibrinoso. A poco a poco il versamento scompare e l'ammalata passa fra i convalescenti il 12 Dicembre.

Di questi quattro casi, l'ultimo merita due parole di spiegazione in quanto che il versamento pleurico insorse successivamente all'atto operativo e perchè, essendo stato accompagnato al suo insorgere da leggero e transitorio rialzo febbrile (38.2), potrebbe essere considerato come una complicanza di pleurite; nè un tale concetto può essere totalmente eliminato, e il caso mi sembra meritasse di figurare qui essenzialmente per dimostrare come la pleura offra speciale predisposizione ad ammalare in seguito ad affezioni che interessano il peritoneo. Nel 3.º caso la laparotomia fu solo esplorativa, e nei primi due l'atto operativo fu completo, ma la riproduzione del processo non tardò a manifestarsi.

Ora segue l'ultima serie di osservazioni cliniche che cercherò di riassumere brevemente.

8.º

Guidi Teresa, d'anni 53, da Milano, entra nel C. G. il 20 Novembre 1893. Partorì due volte normalmente a termine; ora trovasi da 5 anni nella menopausa. Operata nel 1891 di ovariotomia per cisto-sarcoma, uscì dal Comparto colla ferita addominale non completamente guarita per la esistenza di un seno fistoloso, che rimase sempre aperto. Da allora il deperimento generale fu progressivo. Ora presentasi emaciata con scarsi edemi agli arti inferiori; nessuna lesione organica al cuore, non albuminuria; si constata l'esistenza di *versamento pleurico a sinistra* che raggiunge la spina della scapola, edema della parete toracica corrispondente. L'addome teso e tumido presenta nei quadranti inferiori attorno al seno fistoloso delle masse dure e fisse che sorgono dalla pelvi. Si fa diagnosi di *riproduzione di cisto-sarcoma nel peduncolo di precessa ovariotomia.*

Essendo insorti fenomeni di peritonite si dilata il seno fistoloso e si applica un drenaggio addomino-vaginale. La donna muore il 30 Novembre 1893.

9.°

Il 27 Febbraio 1893 è ricoverata nel C. G. certa Ferrandi Caterina, d'anni 36, di Milano, IIIpara. Fu sempre mestruata regolarmente, tranne gli ultimi due periodi in cui la perdita fu molto scarsa. Nel 1890 fu operata in altro Istituto di ovariotomia per cistovario; il 29 Ottobre 1891 venne sottoposta ad un secondo atto laparotomico, dopo il quale le condizioni di salute furono discrete fino a 3 mesi fa in cui incominciò di nuovo l'addome a farsi tumido ed essere sede di vivi dolori. L'ammalata è molto denutrita, non presenta nè vizii cardiaci, nè albuminuria; si constata l'esistenza di copioso *versamento pleurico a destra.* L'addome è notevolmente espanso e reso deforme da due rigonfiamenti erniosi post-operatorii sulla linea mediana. L'utero in retroflessione è fisso da una massa dura che occupa principalmente la metà sinistra della pelvi. Si fa diagnosi di *cisto-carcinoma ovarico diffuso al peritoneo.* Con una incisione su una delle bozze erniose si estrae del liquido sanguinolento; poi l'ammalata passa in sala cronici.

10.°

Ganzinella Maria, d'anni 55, multipara, di Sueglio; non sofferse altra malattia fuorchè polmonite nel Febbraio 1889; da circa otto mesi con dolori trafittivi notò progressivo aumento dell'addome. È nella menopausa da 10 anni, apiretica, non presenta traccia d'albumina nelle urine, leggeri edemi agli arti inferiori, apiressia. L'addome è notevolmente disteso per copia di liquido ascitico libero, l'utero è fisso, immobilizzato da una massa dura bernoccoluta, che chiude l'ingresso pelvico e si eleva nella cavità addominale. Si fa diagnosi di *carcinoma ovarico con diffusione secondaria al peritoneo, ascite, versamento pleurico bilaterale.* L'ammalata dopo tre giorni vuole abbandonare l'istituto.

11.°

Bianchi Rosa, d'anni 47, da Milano, è accolta nel C. G. il 22 Settembre 1890. Ebbe sette gravidanze delle quali sei interrotte abortivamente, una giunta a termine; ora è amenorroica da 4 mesi. Da soli due mesi si lagna di dolori lancinanti all'addome e di progressiva tumefazione del ventre. Presentasi notevolmente emaciata con segni evidenti di *versamento pleurico bilaterale;* non esiste albuminuria, nè edemi. L'addome è tumido come in gravidanza a termine, l'utero fisso per una massa che occupa principalmente la metà destra delle pelvi, dura, bernoccoluta e immobile. Si fa diagnosi di *carcinoma ovarico con diffusione secondaria estesa al peritoneo e versamento pleurico bilaterale.*

Per dare un po' di sollievo all'ammalata, il 2 Ottobre si fa la to-

racentesi a destra estraendo 850 cmc. di liquido, che all'esame rivela i caratteri di un essudato siero-albuminoso alquanto emorragico, con p. sp. 1010 nel quale si riscontrano alcuni elementi epiteliali che fanno sorgere il dubbio, ma che non possono assicurare la loro origine da metastasi cancerigna.

Dopo la puntura il liquido pleurico si riproduce tosto e si è costretti a farne una seconda estraendo cmc. 1200. L'ammalata viene poi trasportata in Sala croniche.

12.°

Vismara Bambina, d'anni 40, di Barzanò, entra in C. G. il 3 Novembre 1891. Non sofferse malattia di rilievo, mestruata sempre regolarmente partorì otto volte a termine e l'ultima volta nel Maggio appena scorso. Da allora il ventre andò tumefacendosi, malgrado continua apiressia. A casa venne 6 volte ripetuta la paracentesi. L'esame accurato fa stabilire la diagnosi di *ascite secondaria a carcinosi diffusa e versamento pleurico bilaterale* prevalentemente a sinistra.

L'ammalata presentasi notevolmente distrutta, con edemi agli arti inferiori ed al dorso, è apiretica, non ha albumina nelle urine, non presenta segni di vizi cardiaci. Riconosciuta la inoperabilità viene ricoverata in altra Sala.

13.°

Giuditta Cappelletti, d'anni 27, IVpara, di S. Vittore Olona, entra il 10 Maggio 1891 nel C. G. di Milano. Anche in questa ammalata la malattia incominciò tre mesi dopo l'ultimo parto. L'esame clinico fa stabilire la diagnosi di *carcinoma dell'ovaio associato a carcinosi dell'omento e versamento pleurico bilaterale.* Anche qui il versamento pleurico è insorto senza febbre, senza che esistessero lesioni cardiache o renali e per quanto la donna sia denutrita, e senza che esistano segni di marasmo. Giudicata inoperabile, la donna viene portata in altra Sala.

14.°

Ghialmini Maria, d'anni 51, Xpara, di Canobbio, entra nel Comparto ginecologico il 14 Dicembre 91. Da due anni è nella menopausa e la malattia incominciò circa un anno fa. Le condizioni generali sono discrete; non si rilevano segni di lesioni cardiache nè renali, non esistono edemi, dalla punta della scapola segni chiari di versamento pleurico. Nell'addome si rileva una massa dura, bernoccoluta, discretamente mobile, indolente; l'utero è fisso per due masse irregolari e dure, l'una delle quali occupa lo spazio di Douglas, l'altra sovrasta alla vescica. L'ammalata è sempre apiretica. Si giudica trattarsi di

papilloma ovarico bilaterale con diffusione secondaria, ascite, versamento pleurico destro.

Il 19 Dicembre colla toracentesi nel 7.° spazio intercostale destro si estraggono cmc. 3200 di liquido di p. sp. 1017, giallo con gran copia di albumina, vari elementi cellulari. Dopo breve miglioramento il liquido pleurico si riproduce. L'ammalata torna alla propria casa il 24 Gennaio 1892.

15.°

Colombo Teresa, d'anni 59, di Milano, entra nel Comparto ginecologico il 19 Giugno 1892. La donna è notevolmente emaciata, presenta edemi agli arti inferiori ed al sacro; raccolta liquida libera nell' addome, versamento pleurico a destra. L'esame locale fa riconoscere trattarsi di *carcinosi peritoneale secondaria a carcinoma ovarico bilaterale con ascite e versamento pleurico destro.* Essendo la donna in condizioni piuttosto gravi e non suscettibile di cura operatoria viene trasportata in altra Sala.

16.°

Mercallini Luigia, d'anni 39, Xpara, di Robecco, entra nel Comparto Ginecologico il 22 Marzo 1896. Mestruata sempre regolarmente non ebbe a soffrire malattie di importanza. Dopo l'ultimo parto, che fu gemellare, cominciò a notare disturbi generali ai quali da due mesi si aggiunse rapido progressivo sviluppo dell' addome. Le condizioni generali sono molto deperite; non si notano segni di lesioni cardiache o renali; versamento in entrambe le pleure. Addome molto tumido per versamento ascitico e per un tumore sorgente dallo scavo, duro, fisso. Diagnosi. *Tumore ovarico maligno con diffusione al peritoneo, ascite, versamento pleurico bilaterale.*

Colla paracentesi si estraggono 7700 cmc. di liquido siero sanguinolento e si viene così ad avvertire sparsi nell'addome molteplici nodi; il liquido pleurico si mantiene inalterato. Il liquido peritoneale mostrasi sterile, ed in esso non si riesce a dimostrare alcun elemento carcinomatoso. La donna muore il 12 Aprile.

17.°

Piccoli Rosa, d'anni 50, nullipara, di Milano, entra nel Comparto ginecologico il 2 Gennaio 1895. Da quattro anni è nella menopausa. Non vi sono segni di lesioni nè cardiache, nè renali, non febbre. Si fa diagnosi di *carcinoma ovarico con diffusione al peritoneo, versamento peritoneale e versamento pleurico sinistro.* Colla paracentesi si estraggono 6 litri di liquido citrino con scarso sangue di p. sp. 1024.

Passa in altra Sala il 21 Gennaio.

18.°

Balossi Santina, d'anni 40, Ipara, di Varese, entra nel Comparto Ginecologico l'11 Gennaio 1894. Mestruata sempre regolarmente, da due mesi è ammalata; non ha febbre, non albuminuria, il cuore è notevolmente spinto in alto in causa della enorme distensione dell'addome per versamento libero e per un tumore duro bernoccoluto fisso che sorge dalla pelvi. Edemi dalla punta della scapola al sacro, raccolta liquida nel cavo pleurico sinistro. Si fa diagnosi di *Carcinoma ovarico (bilaterale) con diffusione secondaria al peritoneo — versamento peritoneale libero e versamento pleurico sinistro.*

Colla paracentesi addominale si estraggono 8 e più litri di liquido citrino limpido. Il versamento pleurico va diminuendo e con esso l'edema ai lombi. L'ammalata ritorna a casa il 6 Febbraio.

19.°

Giussani Paolina, d'anni 54, Ipara, di Milano, entra nel Comparto Ginecologico l'8 Aprile 1894.

Il medico che la visitò a casa riconobbe trattarsi di tumore ovarico e consigliò all'ammalata la laparotomia. Ma nell'attesa insorse la formazione di versamento pleurico sinistro, per il quale credette opportuno di attendere. Si presenta ora all'Ospedale in condizioni molto peggiorate, è sempre apiretica, non ha albuminuria, scarsi edemi, ma il versamento pleurico è bilaterale. Si riconosce trattarsi di *Tumore ovarico maligno diffuso al peritoneo con versamento pleurico bilaterale.* Non ritenendo opportuno un intervento operatorio, l'ammalata passa in altra Sala.

20.°

Pure in condizioni di inoperabilità clinica si presenta al Comparto Ginecologico di Milano il 23 Agosto 1892 certa Invernizzi Rosa, di anni 43, di Germanedo, nullipara. Affetta da *Cisto-carcinoma ovarico con diffusione secondaria peritoneale,* presentava pure *versamento pleurico bilaterale,* non però molto copioso.

21.°

In eguali condizioni era certa Dell'Era Enrichetta, d'anni 31, di Sermantino, accolta il 17 Agosto 1891 nel Comparto Ginecologico di Milano. La malattia datava da poco più di tre mesi, durante i quali l'addome si era fatto rapidamente assai tumido per un *cisto-sarcoma dell'ovaia con effusione ascitica.* L'ammalata presentavasi notevolmente

deperita, con edemi agli arti inferiori e *versamento pleurico bilaterale.* Dopo alcuni giorni di degenza passò in altra Sala.

22.°

Pirovano Rosa, d'anni 55, di Milano, Ipara, entra nel Comparto Ginecologico il 22 Giugno 1894.

Da cinque anni è nella menopausa, e della presente malattia si accorse solo due mesi or sono. All'esame obbiettivo si rileva spiccato rumore di sfregamento pleurico posteriormente ed a destra; l'arto inferiore destro è edematoso, mentre appare normale il sinistro. Il cuore è spostato in alto da notevole tumefazione dell'addome in causa di abbondante versamento ascitico, l'utero è fissato da una massa dura bernoccoluta che si eleva nella cavità addominale. Si fa diagnosi di *Carcinoma ovarico con diffusione al peritoneo e pleurite destra.*

Colla paracentesi addominale si estraggono 8 litri di liquido citrino limpido e colla palpazione si conferma la diagnosi già formulata.

L'ammalata viene trasferita in altra Sala il 5 Luglio.

23.°

Mezzetti Giulia, d'anni 45, di Milano, Ipara, è ricoverata nel Comparto ginecologico il 13 Giugno 1889. L'ammalata da 10 anni è nella menopausa ed i primi segni della attuale affezione sarebbero comparsi fin da due anni. L'esame obbiettivo fa fare diagnosi di *cisto-carcinoma dell'ovaio con diffusione secondaria al peritoneo.* Tenuta l'ammalata in Comparto per osservazione, dopo circa un mese, pur mantenendosi sempre la apiressia, e la mancanza di albumina nelle urine, compare distinto rumore di *sfregamento al lato destro del torace; quivi le pareti toraciche sono edematose.* Colla paracentesi addominale si estrae notevole quantità di liquido siero sanguinolento.

Riconosciuta la inopportunità di intervento operatorio, l'ammalata passa in altra Sala.

***

Ecco così esposti in modo sommario i dati riguardanti 23 casi clinici nei quali ad un tumore ovarico era associata la presenza di una lesione pleurica: e dico una lesione pleurica, in quantochè i due casi a bella posta riferiti per ultimi non presentavano segni evidenti di un versamento, ma sibbene sintomi tali da fare nettamente riconoscere la esistenza di un processo irritativo di quella membrana sierosa, processo irritativo che con tutta probabilità avrà in seguito condotto alla

formazione di effusione liquida. Nei primi 21 casi in cui realmente esisteva raccolta liquida nel cavo pleurico, ed una tale raccolta era stata riconosciuta o colla puntura, o colla autossia, o per sintomi obbiettivi bene evidenti, il versamento era 10 volte bilaterale, 6 volte destro e 5 volte sinistro. E se a questi 21 casi aggiungiamo i tre osservati nella Clinica di Pavia e teniamo conto anche degli ultimi in cui più che una vera effusione si constatò lo sfregamento pleurico, possiamo dire che su 26 casi, la lesione pleurica 11 volte era bilaterale e 15 volte unilaterale; in questi ultimi casi 10 volte era destra e 5 volte sinistra. Queste cifre tenderebbero a farci ammettere una non trascurabile predisposizione ad ammalare della pleura destra in confronto della sinistra; nè ciò fa maraviglia perchè l'osservazione di questa particolarità non era sfuggita a Spencer Wells, che nel brano da noi riportato nota la prevalenza del versamento pleurico a destra nei tumori dell'ovaio, nè era sfuggita ad Haeckel che su 8 casi da lui riferiti trovò appunto in 6 il versamento pleurico a destra. Nei trattati di clinica medica in genere non è fatto gran conto della maggior frequenza a destra od a sinistra delle affezioni pleuriche. Il Fraentzel però fa rilevare com'egli abbia osservato la pleurite, almeno quella con formazione di copioso essudato, molto più spesso a sinistra che non a destra (1): secondo Eichhorst dalle statistiche risulterebbe che le pleuriti del lato sinistro sono più frequenti di quelle del lato destro (2), ed Hermil per la pleurite diaframmatica su 59 casi trovò in 23 pleurite a sinistra, in 20 a destra e in 16 bilaterale (3). Senza voler dare una eccessiva importanza al fatto, mi sembra per altro che esso non debba essere del tutto trascurato per la considerazione che altre forme morbose anatomicamente e clinicamente bene conosciute possono associarsi ad idrotorace destro, come appunto venne dimostrato per la cirrosi epatica e per le cardiopatie. Per riguardo ai tumori dell'ovaio è bene rilevare, ad esempio, quanto è indicato pei casi segnati ai N. 2 e 3: in entrambi comparve prima il versamento a destra, poi anche a sinistra, quantunque in en-

---

(1) Fraentzel. « Krankheiten der Pleura » in « Ziemssen's Handbuch d. Spec. Pathol. und Therap. » Bd. II. Hälfte II, pag. 367.

(2) Eichhorst. « Trattato di patologia e terapia speciale medica. » 2.ª ediz. italiana. Milano, vol. I, pag. 667.

(3) Netter. « Malattie della pleura » in « Trattato di Medicina » (Charcot, Bouchard, Brissaud, Silva), Torino, 1895, vol. IV, p. 2, pag. 439.

trambi non si trattasse di metastasi polmonari e pleuriche. Questo fatto vale per lo meno a dimostrare in siffatte circostanze morbose una predisposizione della pleura destra ad ammalare. Il Potain vorrebbe dare in ciò una certa importanza alla sede della affezione ovarica, avendo egli osservato per lo più la lesione pleurica dal medesimo lato dal quale era la malattia dell'ovaio, e per una tale considerazione egli credette di interpretare la associazione morbosa come un fatto di natura riflessa. Ma della patogenesi sarà tenuto parola più innanzi; per ora basti l'avere dedotto dalla osservazione clinica che i i versamenti pleurici osservati sono spesso bilaterali, e quando sono unilaterali più soventi sono a destra che non a sinistra.

Una domanda che tosto ci si affaccia alla mente riguarda la frequenza del versamento pleurico nei tumori dell'ovaio. La risposta riesce alquanto difficile, tanto più che non sempre è dato di poter avere sott'occhio una serie sufficientemente numerosa di casi clinici, nè sempre tutti i casi clinici, massime quelli che non vengono operati, sono esaminati con attenzione e con particolare riguardo alle alterazioni pleuriche. Così il Demons asserì di avere osservato questa complicazione 9 volte in 50 donne affette da tumore ovarico; ma questa percentuale non può certamente essere generalizzata. Difatti Terrier, che pure ebbe ad occuparsi di questo argomento, ritiene debba considerarsi questa complicanza come assai meno frequente. Bouilly l'avrebbe osservata 3 volte soltanto in 120 casi; Pascale dà una proporzione del 5-6 0[0]. È difficile portare innanzi una percentuale su tutte le forme di tumore ovarico, ma volendo dare una cifra che esprima con giusta approssimazione la frequenza con cui vennero osservati i versamenti pleurici in tumori dell'ovaio nel Comparto ginecologico di Milano e nella Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia nel decorso di circa un decennio, dirò che su un numero complessivo di circa 300 casi di tumori ovarici o paraovarici, solidi o cistici, benigni o maligni, si osservò questa complicanza 26 volte e perciò con una proporzione di 8.6 per 100. È però doveroso notare come ammettendo, per considerazioni che verranno svolte più innanzi, che i versamenti pleurici si riscontrano nella maggior parte dei casi con tumori maligni, in questi la proporzione è molto maggiore e si approssima alla cifra del Demons dal 15 al 20 0[0].

Se non che ci incombe ora di chiarire un altro punto del problema, quello cioè che riguarda il significato, il valore clinico che si deve

dare alla coesistenza di un versamento pleurico in una donna affetta da tumore dell'ovaio. È chiaro che se noi richiamiamo i casi riferiti, la conclusione non può essere dubbia, ma è altresì noto che altri dànno a questa complicanza un diverso significato. Nè è lecito da una serie per quanto estesa di osservazioni trarre una legge assoluta, trascurando completamente le osservazioni ed i fatti da altri autorevoli clinici messi in luce. Egli è perciò necessario vedere se e come può essere spiegata la formazione di tali effusioni pleuriche. E tosto è necessaria una dichiarazione per quanto non abbia un grande valore; ho sempre evitato usare la parola idrotorace, vocabolo che è invece usato da Pascale e da altri, ed io l'ho evitato a bella posta, perchè al vocabolo idrotorace è annesso anche un significato clinico e patogenetico, poichè di esso si considerano due ordini di cause, o la stasi, come nell'idrotorace agonico, o l'impoverimento in albumina nel sangue come nella cachessia, nel marasmo, ecc. È noto che in questi ultimi casi Conheim e Lichtheim hanno cercato di dimostrare che la effusione di liquido nella cavità sierosa non dipende tanto dalle condizioni del sangue, quanto dalle alterazioni delle pareti vasali.

I versamenti pleurici (sierosi, siero-fibrinosi, siero-sanguinolenti, purulenti) come è noto, talora riconoscono come causa una affezione primitiva della pleura, talvolta sono l'espressione di un processo infettivo generale (tifo, sifilide, ecc.), tal'altra sono dovuti a propagazione di processi infiammatori di organi vicini (pneumonite, pericardite). Ma accanto a queste forme ben note ve ne sono altre la cui patogenesi è ancora molto oscura. Tali sono ad esempio i versamenti pleurici che talora si osservano nei cardiaci. Bucquoy dimostrò come talora negli individui affetti da vizi aortici si osservino dei versamenti siero-fibrinosi unilaterali che insorgono in modo subdolo quasi inavvertitamente (1). L'Huchard in una sua recentissima lezione (2) faceva notare che la formazione del versamento pleurico destro specialmente nelle cardiopatie arteriose è assai frequente e che talora sfugge perchè non si va deliberatamente in ogni caso alla sua ricerca, mentre

(1) Netter. « Malattie della pleura » in « Trattato di medicina » (Charcot, Bouchard, Brissaud, Silva). Torino, 1895, vol. IV, p. 2.ª, pag. 445.

(2) Huchard. « Frequenza del versamento pleurico destro specialmente nelle cardiopatie arteriose. » *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 1897, N. 42.

esso è latente. Sulla patogenesi di questa complicanza l'Huchard confessa di trovarsi ancora all'oscuro per quei casi nei quali non può essere invocata l'esistenza di un infarto sotto-pleurico, che come è noto è più frequente a destra, o l'influenza di un fegato congesto o di una periepatite. Egli però ritiene che si tratta per lo più di un versamento flogistico e non di un semplice idrotorace. Il Tusa (1) nel 1893 studiando due casi di idrotorace unilaterale destro in individui cardiopatici si sforzò di trovare la spiegazione di ciò in una causa meccanica, che egli volle applicare altresì a spiegazione dei versamenti pleurici che si osservano nei tumori dell'ovaio e nelle epatopatie. E fu appunto l'epatite interstiziale cronica la forma morbosa che offerse argomento alla ricerca della patogenesi di queste rare forme di versamento pleurico. Il dott. V. Piazza Martini in base ad accurate osservazioni cliniche e ad indagini anatomo-patologiche, nel 1892 richiamava l'attenzione su di un fatto fino allora passato inosservato ai patologi, cioè sulla non rara formazione di idrotorace unilaterale destro nella cirrosi epatica (2) e studiava di darne la spiegazione in questo modo. In individui morti per epatite interstiziale sono state dimostrate, benchè in rari casi, ectasie varicose delle vene esofagee inferiori; queste vene si anastomizzano colla coronaria gastrica, e per esse si versa nell'azigos il sangue ristagnato nella vena porta. « Compressa la vena porta avviene ristagno di sangue venoso in tutte le vene tributarie di essa, epperò stasi nelle coronarie stomachiche, donde stasi nelle vene esofagee inferiori, che questa riceve, e finalmente stasi nell' azigos colla quale comunicano; quindi impedito il deflusso delle vene intercostali, nei rami pleurali, trasudato pleurico a destra. A questo punto un altro fattore, per poco valore che possa avere, verrebbe in campo: nell'azigos ordinariamente esiste una valvola un poco al di sopra del suo sbocco a livello del gomito che forma la sua parte verticale con la sua parte ripiegata. Questa valvola oblitera quasi completamente il lume del vaso, in modo che il sangue che entra nelle sue cavità al momento delle contrazioni del seno destro (Sappey) non può rifluire dal suo tronco verso le branche

---

(1) Tusa. « Su due casi di ceidrotora unilaterale destro in individui cardiopatici. » *Riforma Medica*, 1893, Settembre, N. 217.

(2) V. Piazza-Martini. « Dell' idrotorace unilaterale destro nell' epatite interstiziale cronica. » *Rivista Clinica, Archivio italiano di Clinica medica*, 1892, pag. 224.

che a condizione di una precedente dilatazione (1). Ora appunto per la stasi, di cui innanzi è detto, aumenta la pressione interna nell'azigos, che si slarga: allora la valvola suaccennata diventa insufficiente (insufficienza relativa), donde modicissimo reflusso del sangue venoso dal tronco (azigos) verso le branche (intercostali) e trasudato pleurico. »

L'ingegnosa spiegazione del Piazza-Martini troverebbe appoggio nella coesistenza dell'edema delle pareti toraciche molto più notevole a destra in questi casi e dal fatto che, praticata la paracentesi addominale, scompare l'edema al dorso, ma resta l'edema della parete toracica. In due casi egli avrebbe potuto dimostrare al tavolo anatomico l'accennata dilatazione della vena azigos. Per quanto la spiegazione sia ingegnosa essa offre largo campo ad obbiezioni, fra le altre alla seguente: se il versamento pleurico fosse realmente e sempre dovuto alla accennata stasi, perchè non lo si avrà, sia pure in leggero grado, anche a sinistra dal momento che le vene intercostali inferiori sinistre per la piccola vena azigos si versano nella grande azigos e il tronco comune delle vene intercostali superiori di sinistra solo di rado si apre nel tronco venoso brachio-cefalico, ma assai più spesso invece o direttamente nella grande azigos o in questa pure indirettamente per mezzo della piccola azigos? Il Piazza-Martini mise poi innanzi come altra ipotesi che quando l'idrotorace unilaterale destro nell'epatite interstiziale è abbondante, può contribuire a produrlo in parte l'impedimento della corrente linfatica pleurale, per trombosi dei linfatici corrispondenti.

Questi versamenti pleurici (sierosi od emorragici) nel corso di cirrosi epatiche vennero osservati da altri clinici; i quali asseriscono che anche la pleura sinistra può essere colpita ed interpretano il versamento a destra come conseguenza di periepatite cirrotica (2).

Il Tusa nel lavoro dianzi citato ha ripresa la questione ed ha cercato di estendere la spiegazione del fenomeno ai casi di versamento pleurico nelle epatopatie, nelle cardiopatie, nei tumori ovarici. Egli parte da questo concetto: nei casi da lui studiati di idrotorace unila-

---

(1) Il Testut a questo proposito asserisce di avere sempre riscontrato nella vena azigos una valvola, per lo più sufficiente, a 3-4 cm. dal suo sbocco. — Testut. « Trattato di anatomia umana. » Trad. ital., vol. II, p. I, pag. 213, Torino, 1894.

(2) A. Chauffard. « Malattie del fegato e delle vie biliari » in « Trattato di medicina » (Charcot). Torino, 1894, vol. III, p. 2.ª, pag. 421.

terale destro era in quasi tutti nettamente designata la cosidetta vena del Luscka e le venuzze che attraversano il torace destro; dunque, soggiunge il Tusa, la causa dell'idrotorace deve ricercarsi in un inceppo della circolazione centrale, e poichè la vena grande azigos si trovò dilatata nell'idrotorace destro da epatopatie e nell'idrotorace dei cardiaci, così la causa dell'idrotorace deve essere nella grande azigos. Non mi sembra qui opportuno discutere su un tale ragionamento in riguardo alla questione di causa ed effetto, ma ecco come viene spiegata l'origine di questa stasi. Nelle cardiopatie, nelle epatopatie e nei tumori ovarici di un certo volume, per diversi meccanesimi il cuore verrebbe a subire un particolare movimento di rotazione per spostamento in alto e per abbassamento dell'orecchietta destra. La grande azigos va a sboccare nella cava discendente, dopo avere accavallato il bronco destro: « quando l'orecchietta destra, per la rotazione che subisce il cuore, si abbassa, stira la cava discendente e conseguentemente la grande azigos che in essa sbocca, e siccome questa accavalla il bronco destro, corpo che offre maggiore resistenza, verrebbe a prodursi una stenosi e quindi edema alle pareti laterali del torace, marezzamento venoso ed idrotorace. »

Non è qui opportuno discutere la questione per riguardo alle cardiopatie ed alle epatopatie, ma ci è giuocoforza di dire tosto che per riguardo ai tumori ovarici la clinica è sempre là a dimostrare il contrario. Ho veduto, e come me avrà avuto occasione di vedere chiunque abbia un po' di pratica ostetrico-ginecologica, dei tumori ovarici che pesavano fra parti liquide e solide 20 e più fino a 50 chilogrammi, ed avevano un volume tale da distendere il ventre divaricando enormemente gli archi costali, spingendo il cuore così in alto che l'itto della punta lo si vedeva nel terzo spazio, senza che si avesse alcun segno di versamento pleurico. Le gravidanze gemellari talvolta assumono un volume da essere giustamente paragonabili ai grossi cistomi ovarici, e tale volume non di rado è raggiunto con rapidità per il facile associarsi dell'idramnios, ed il cuore trovasi evidentemente spostato in alto, eppure non venne mai segnalato in questi casi il versamento pleurico. D'altra parte, per quanto ingegnosa la spiegazione data dal Tusa, essa è troppo evidentemente teorica, e se egli al tavolo anatomico potè dimostrare l'ectasia dell'azigos e delle intercostali non potè però dimostrare la stenosi della vena al suo accavallarsi sul bronco: infine

se un tal fatto è possibile inevitabilmente non può essere duraturo, ma solo temporaneo. Lascio da parte la questione del versamento unilaterale destro, in quanto i rapporti fra la emiazigos e la grande azigos darebbero spiegazione del versamento bilaterale, lasciando oscura anche la origine del versamento unilaterale sinistro, per quanto più raro.

Il Demons dopo aver notato che nei casi di sua osservazione il versamento ora era bilaterale, ora destro, ora sinistro, indipendentemente dalla sede del tumore ovarico, rileva che spesso il tumore era voluminoso, ma che talvolta aveva un volume appena discreto. Ciò toglie importanza alle influenze meccaniche, le quali vengono vieppiù lasciate da parte per le condizioni del liquido; infatti il Demons dice che non si trattava di un liquido di idrotorace, contro il quale parlava anche la percezione distinta dello sfregamento pleurico all' assorbirsi dell' essudato. Ed ecco come egli interpreta l'origine di questi versamenti: il tumore addominale disturba la circolazione dei vasi linfatici dell' addome, e questa perturbazione si propaga nei vasi linfatici della pleura attraverso il diaframma; da ciò l'effusione di liquido nel cavo pleurico. Con queste parole il Demons non chiarisce se si tratta di un fatto meccanico o di un fatto irritativo, nè dà ragioni per desumere che egli sia propenso più all' una ragione che all' altra. Si comprende come il Terrier non accogliesse di buon viso questa interpretazione, pur soggiungendo che a lui stesso sfuggiva completamente il meccanismo di formazione di questi versamenti.

Il Pascale parte da un altro concetto: egli incomincia ad ammettere che non si tratta di processo infiammatorio e che il versamento deve considerarsi come semplice idrotorace. Ciò premesso egli ammette due ordini di fattori, fattori meccanici e fattori chimici: i primi sono a ricercarsi: nell' ostacolo alla circolazione delle vene azigos e semiazigos in causa del respingimento in alto del diaframma e della diminuzione del cavo toracico, nello spostamento del cuore, nella stasi ed imbibizione sierosa delle pareti degli alveoli polmonari, tanto più se la distensione dell' addome è fatta maggiore per versamento ascitico; i secondi egli li trova nelle alterazioni della crasi sanguigna per la perdita di sostanze albuminoidi e per il decadimento della nutrizione delle ammalate. Questa patogenesi che l' autore chiama meccanico-chimica soddisfa indubbiamente più delle altre, ma, come avremo

occasione di vedere in seguito, lascia oscuri alcuni lati della questione, massime per riguardo ai casi di tumori non voluminosi.

Se si prescinde dall'idea di Potain che ricercava la causa delle lesione pleuriche riscontrate in ammalate di affezioni ovariche, in una azione nervosa riflessa, non abbiamo da ultimo a ricordare che le opposte opinioni di Haeckel e di Freund. L'Haeckel, in base alla mancanza di segni d'idrope cachettico, alla unilateralità da lui osservata della affezione, all'esclusione di vizii cardiaci o renali, considera il versamento come effetto di una pleurite, che egli ammette propagatasi per le vie linfatiche dal cavo addominale al cavo pleurico, accennando alla influenza che il legamento teres del fegato potrebbe avere nella spiegazione della prevalenza a destra della affezione. Il Freund invece, come già ho avuto occasione di dire, considera il versamento come un semplice idrotorace per diffusione del trasudato dell'addome nella cavità pleurica per mezzo dei canali linfatici del diaframma.

Se ora io prendo in esame la serie di casi da me esposti e riguardanti un materiale clinico vario e numeroso, mi vedo tosto costretto a trarne una deduzione alla quale già accennai e che ora è mio compito di svolgere più ampiamente. Su 26 casi di tumore ovarico complicato dalla coesistenza di versamento pleurico, il tumore in 25 casi era certamente maligno, in uno si trattava di cistoma colloideo con peritonite gelatinosa. Nei tumori dell'ovaio il concetto di benignità e di malignità va inteso in modo particolare. Vi sono infatti dei tumori primitivamente maligni, vi sono tumori i quali divengono tali nell'ulteriore loro sviluppo, e vi sono altri tumori che, ordinariamente ritenuti per benigni, minacciano però continuamente la vita dell'ammalata, non tanto per la influenza che il volume e la perdita di sostanza può determinare sull'organismo, ma perchè sotto date circostanze possono essere origine di carcinomi e di sarcomi. Basti il ricordare le osservazioni 5.ª, 8.ª e 9.ª. Tutte e tre quelle donne erano state operate di ovariotomia qualche anno innanzi per un tumore clinicamente ed anatomicamente giudicato benigno, eppure dopo un tempo relativamente breve dal peduncolo della precessa ovariotomia si era sviluppato un tumore maligno.

Ricordo una donna operata anni sono in questa Clinica d'ovariotomia: essa era affetta da voluminosa cisti ovarica per la quale da parecchi anni era stata sottoposta a punture evacuatrici quasi periodiche. Fatta la laparotomia, in causa delle vaste e tenaci aderenze viscerali

si procede alla marsupializzazione della cisti. La donna guarisce, ma circa due anni più tardi si ripresenta all'istituto con nodi sarcomatosi diffusi a tutto l'addome ed invadenti anche le pareti di esso. I tumori papillari sono da alcuni ritenuti già primitivamente maligni; da altri invece, come da Pfannenstiel, si ritengono maligni solo quando diventano veri carcinomi o veri sarcomi (1). Flaischlen potè asserire che la diagnosi di degenerazione maligna di un cistoma clinicamente non è possibile (2). Furono osservate metastasi anche in casi di cistomi glandulari semplici (3).

L'esame del tumore esportato alla Giannuzzi Rosa (caso della Clinica di Pavia II) dimostrò trattarsi di un cistoma colloideo, in cui gli epiteli in gran parte sono sfaldati e notevolmente alterati; in nessun punto del tumore l'esame istologico accurato potè dimostrare esistenza di focolai di epitelioma o di sarcoma. L'esame della gelatina sparsa nell'addome dimostrò trattarsi di sostanza colloidea nella quale erano visibili solo scarsissimi elementi cellulari alterati. Lo stesso si rilevò nella sostanza infiltrava l'omento esportato. A confortare l'esame anatomico, ci soccorre lo stato della ammalata, che esaminata sette mesi dopo l'atto operativo presentasi in ottimo stato di salute e non ha alcun segno di riproduzione del tumore.

La formazione di queste asciti gelatinose merita due parole di considerazione, che saranno di aiuto nella esplicazione del processo pleurico osservato nella nostra ammalata. Oltre al versamento peritoneale colloideo che fu osservato in quella forma detta da Lanceraux peritonite villosa e verrucosa, si osservò nel cavo peritoneale un versamento gelatinoso ora chiaro e trasparente, ora più oscuro, avvolgente ed infiltrante i vari organi e principalmente il grande omento in diverse contingenze morbose. Prescindendo da quella forma rara e curiosa descritta dal Péan (4) col nome di malattia gelatinosa del peritoneo, da altri chiamata

---

(1) Pfannenstiel. « Ueber die Malignität der papillären Ovariengeschwülste. » Verhandl. d. deuts. Gesell. f. Gynäk., V. Kongr. Leipzig, 1893, pag. 357.

(2) Flaischlen. « Zur Pathologie des Ovarium. — II. Zur malignen Degeneration von Ovarialkystomen. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, Bd. VII, pag. 449.

(3) Baumgarten. « Ein Fall von einfachem Ovarialcystom mit Metastasen. » *Archiv für Pathol. Anat. etc. von Virchow*, Bd. XCVII, pag. 1.

(4) Péan. « Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. » Paris, 1880, T. I.

cancro colloide del peritoneo (Cruveilhier) e da altri ancora peritonite gelatinosa, in rapporto coi tumori ovarici noi troviamo questa forma morbosa in tre contingenze distinte. O si tratta di casi in cui la particolare forma morbosa si sviluppò un tempo più o meno lungo dopo l'estirpazione di un tumore ovarico a contenuto colloideo, o il versamento peritoneale gelatinoso è coesistente ad un analogo tumore ovarico ancora integro, oppure infine si è formato in seguito alla rottura spontanea od artificiale del tumore. La natura di questa forma morbosa è ancora affatto oscura: anche il Cruveilhier che la denominava cancro colloideo del peritoneo, soggiungeva che una tale denominazione non era propria, e come forma non decisamente maligna la considera il Péan. Allorchè l'ascite gelatinosa si è sviluppata in rapporto ad un cistoma ovarico, venne nella sua patogenesi diversamente interpretata (1). Si credette (nei casi in cui il versamento gelatinoso coesisteva con una cisti almeno apparentemente integra), che la sostanza gelatinosa fosse una produzione propria del peritoneo irritato in modo particolare dalla presenza del tumore (2); ma un tale concetto trovò ben tosto opinioni contradditorie ed oggidì prevale l'idea di considerare il cosidetto pseudomixoma (Werth) del peritoneo come una metastasi; la sierosa sarebbe colpita dalla medesima degenerazione dell'ovaio. Sia che la metastasi si produca spontaneamente, senza rottura spontanea od artificiale della cisti, analogamente a quanto venne osservato per rispetto alle cisti papillari dell'ovaio, sia che si produca in seguito a questo accidente o ad un atto operativo laparotomico, la formazione delle masse gelatinose del peritoneo sarebbe dovuta ad una metastasi o ad un innesto diretto, ed il peritoneo reagirebbe in modo secondario. L'ulteriore formazione delle masse gelatinose non sarebbe dovuta a diretta produzione peritoneale, ma a riproduzione della sostanza gelatinosa medesime (3). Quale sia la modalità chimico-biologica della produzione di

---

(1) Terrillon. « Leçons de clinique chirurgicale professées à la Salpetrière. » Paris, 1889, pag. 245. — Terrillon ammette che la gelatina provenga direttamente da rottura della cisti, eccezionalmente da formazione diretta per innesti secondari nella sierosa.

(2) Werth. « Klinische und anatomische Untersuchungen zur Lehre von den Bauchgeschwülsten und der Laparotomie. — II. Pseudomixoma Peritonei. » *Archiv für Gynäkologie*, Bd. XXIV, pag. 100.

(3) Olshausen. « Krankheiten der Ovarien » in « Handbuch der Frauenkrankeit » von Billroth und Luecke, Bd. II, pag. 388; e Olshausen. « Ueber Metastasenbildung bei gutar-

questa sostanza finora è ignoto. Assai probabilmente le ricerche devono essere condotte con indirizzo particolare ed in particolar modo l'esperimento è destinato a portar luce in siffatta questione. La distinzione che fa il Sebileau (1) in asciti gelatinose semplici, asciti gelatinose infiammatorie ed asciti gelatinose specifiche, piuttosto che indicare tre forme patologicamente diverse, indicherebbe tre stadii di una eguale malattia. Strassman (2) raccolse 36 casi di questa affezione; di queste ammalate 33 vennero sottoposte a laparotomia, due solo alla paracentesi addominale, una non venne operata. Di 36 guarirono 15 soltanto, le altre morirono e precisamente quella non operata, le due sottoposte a puntura e 18 delle laparotomizzate. Queste ultime, fatta eccezione per pochi casi di cui non si potè precisare l'epoca della morte, soccombettero in tempo relativamente breve, da 4 settimane a tre mesi (3).

Nel caso esposto le culture della sostanza gelatinosa rimasero sterili, l'esame istologico non vi riscontrò elementi che potessero essere interpretati come forma di epitelioma o di sarcoma e nessun elemento in cariocinesi l'innesto intraperitoneale agli animali rimase senza risultato, ma la forma morbosa del tutto speciale, patologicamente ancora oscura, non può essere considerata alla stregua delle asciti comuni, ma deve essere ritenuta come una forma speciale che la ravvicina alle neoformazioni maligne. E poichè un tale concetto trova la sua giustificazione nelle osservazioni di clinici e di anatomopatologi, e trova appoggio principalmente in quei casi nei quali la malattia gelatinosa del peritoneo si sviluppò in seguito all'esportazione di un tumore ovarico, noi vediamo che dei 26 casi esposti, 25 erano decisamente maligni e il 26.° senza appartenere nè ai sar-

---

tigen Ovarialkystomen. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, Bd. XI, pag. 238. — Olshausen osservò un caso in cui il cosidetto pseudomixoma del peritoneo si formò due anni dopo l'ovariotomia e la sostanza gelatinosa non derivava nè dal peduncolo della eseguita ovariotomia, nè dall'altro ovaio, ma con tutta verosimiglianza da particelle del contenuto del cistoma rimaste nella cavità addominale.

(1) Sebileau. « Les épanchements du péritoine dans le tumeurs de l'appareil génital interne de la femme (Ascite et tumeurs de l'abdomen). » Thèse, Paris, 1889.

(2) Strassmann. « Zur Kenntniss der Ovarialtumoren mit gallertigen Inhalt nebst Untersuchungen über Peritonitis pseudomixomatosa. » *Zeitschr. f. Geb. Gynäk.*, Bd. XXII, pag. 308.

(3) Vedi in proposito i casi di Cuzzi e di Negri. — Cuzzi. « Casuistica di ostetricia e ginecologia. » *Annali di Ostetricia, Ginec. e Ped.*, 1882, pag. 606. — P. Negri. « Due note di ginecologia. » *Annali di Ostetricia, Ginec. e Ped.*, 1885, pag. 16.

comi nè ai carcinomi, aveva però in sè particolari caratteri di malignità. Ed allora dalle osservazioni cliniche esposte scaturisce tosto una deduzione in contradditorio con le opinioni espresse da altri autori, cioè che la coesistenza di un versamento pleurico con un tumore ovarico deve essere nella grande maggioranza dei casi considerato come indizio di malignità del tumore. Ed una tale deduzione trova suffragio anche nelle osservazioni di Freund, che addita l'idrotorace come un *nuovo buon contributo alla diagnosi di malignità dei tumori ovarici;* ed il Freund medesimo avendo notato che anche i papillomi dell'ovaio come i sarcomi ed i carcinomi si complicano coll'idrotorace, segnala la importanza di questo segno che clinicamente riunisce di più fra di loro queste diverse neoplasie. Già si è rilevato come dei 7 casi di tumori ovarici riferiti da Haeckel, in 5 si trattava di tumori certamente maligni. Una analoga opinione è espressa da Terrier, il quale a questo proposito nota di aver veduto una ammalata che con una cisti ovarica *benigna* aveva un versamento pleurico, e malgrado tale apparenza di benignità la donna moriva in capo ad un anno di generalizzazione; analogamente si esprimevano Championnière ed altri.

Da un tale concetto deriva che nello studio della patogenesi di questi versamenti pleurici si deve tener conto non solo di fattori meccanici, come vorrebbero il Pascale ed il Tusa, ma anche e principalmente di fattori biologico-chimici.

Ed innanzi tutto è necessario segnare in un gruppo a sè i casi nei quali il versamento pleurico è dovuto a metastasi del neoplasma in corrispondenza al polmone ed alla pleura medesima.

È noto come il cancro secondario della pleura e del polmone si osservi per lo più in seguito a carcinoma della mammella, ma non è raro l'osservarlo in seguito a carcinomi di organi addominali ed anche perciò a carcinomi ovarici; vengono descritte tre maniere diverse di propagazione dei cancri addominali verso il torace; o si tratta di embolismi venosi generalmente prodotti coll'intermediario del cancro del fegato, dal quale passano per la cava ascendente e pel cuore destro al polmone; o si tratta di infezione retrograda per cellule cancerose che giunte nel canale toracico rifluiscono verso i gangli cervicali e mediastinici, od infine il neoplasma maligno ha invaso il peritoneo e particolarmente il peritoneo diaframmatico e da qui è facile la propagazione alla soprastante pleura. Nei tumori maligni dell'ovaio le cui

metastasi si iniziano generalmente al peritoneo, quest'ultima è senza dubbio la modalità più frequente. In due dei tre casi di tumore ovarico maligno studiati da Landerer era avvenuta propagazione alla pleura per questa via (1) e numerosi esempi si trovano nella letteratura, di cui in parte venne già fatto cenno in addietro. Nelle osservazioni esposte se ne notano due nelle quali l'autossia dimostrò la presenza di nodi neoplastici nel peritoneo diaframmatico e nella pleura corrispondente. Il caso riguardante la Morsi Annetta mi offerse materiale per lo studio di questo argomento.

Osservando larghi lembi del diaframma esportati col loro rivestimento pleurico e peritoneale, si scorgono le due faccie così fittamente disseminate di noduli, da lasciar credere a tutta prima che la propagazione sia avvenuta in modo diretto per una specie di invasione degli elementi neoplastici nel tessuto proprio della regione tendinea o della zona carnosa del muscolo; ma l'attento esame diretto e sopra tutto l'esame microscopico dimostrò che i noduli che si osservano sulle due superfici diaframmatiche sono indipendenti e che le metastasi pleuriche avvennero seguendo la via dei vasi linfatici, che per la loro particolare struttura e disposizione assai si prestano ad una facile propagazione del processo. Infatti i noduli neoplastici costituiti da noduli di sarcoma a piccole cellule rotonde con numerosi piccoli focolai emorragici non si sviluppano in profondità, ma hanno piuttosto tendenza a formare nodi e vegetazioni libere tanto verso il peritoneo, quanto verso la pleura, con che il sottostante tessuto muscolare o tendineo non ne viene invaso. Il meccanesimo di formazione dei nodi secondari peritoneali nei tumori ovarici fu oggetto di studio in particolar modo per riguardo ai papillomi. Generalmente si fa distinzione fra questi nodi ed i veri nodi metastatici che si formano per il transito delle vie sanguigne o delle vie linfatiche, ritenendosi almeno pei papillomi che i nodi secondari non siano da considerarsi come metastasi nel senso vero della parola, ma come innesti o trapianti di elementi del tumore sul peritoneo; i movimenti proprii dell'intestino provvedono alla dispersione dei germi. Questi al luogo di impianto si sviluppano conservando la funesta proprietà distruente del tumore madre, ma non rappresentando metastasi

---

(1) Landerer. « Ueber Metastasenbildung bei carcinomatösen Ovarialcysten. » *Zeitschr. f. Geb. und Gynäk.*, Bd. XXXI, pag. 123.

per vie linfatiche o sanguigne non costituiscono controindicazione ad intervento operatorio, e la letteratura registra un certo numero di casi di guarigione malgrado questi molteplici nodi secondarii: per un tale concetto si procedette alla ovariotomia nel caso N. 4, nel quale per altro, malgrado un decorso post-operatorio normale, l'esito finale non corrispose alle speranze concepite.

Conosciuta siffatta facilità alla formazione ed alla dispersione di innesti sul peritoneo e conosciuti i rapporti che esistono fra pleura e peritoneo nella regione diaframmatica, non è a stupirsi come la pleura si trovi in particolar modo esposta ad esserne offesa. Con tuttociò le metastasi pleuriche nei tumori dell'ovaio non si osservano con quella frequenza che a tutta prima si è inclinati a credere: a ciò contribuisce in parte l'andamento rapido della forma morbosa, allorchè il neoplasma invadendo l'ampia superficie peritoneale ha invaso ed offeso organi di estrema importanza vitale come il fegato, l'intestino, i reni. Nei 12 casi riportati da Freund in un solo caso con decorso letale l'autossia dimostrò il carcinoma secondario della pleura. Eppure di questi stessi 12 casi, 10 presentavano copioso versamento. Ciò vuol dire che il versamento pleurico che si osservò nei tumori dell'ovaio solo di rado è dovuto a metastasi pleuro-polmonari. E che così debba essere è giuocoforza il riconoscerlo ed in base ai reperti necroscopici (vedi i casi 2.° e 3.°) ed in base ai risultati clinici, i quali dimostrarono che in seguito alla esportazione del tumore non solo scomparve il versamento pleurico, ma questa membrana riprese e mantenne le sue normali funzioni, come risulta dal nostro caso 2.° e dai brillanti risultati di Freund. Ma poichè dalla osservazione clinica ed anatomica scaturisce questo fatto così chiaramente, quale interpretazione devesi dare a tali versamenti?

Si è discusso se trattasi in questi casi di essudato o di trasudato, se cioè il versamento deve essere considerato come un idrotorace semplice oppure come conseguenza di un fatto irritativo od infiammatorio della pleura. La questione potrebbe essere risolta con dati clinici e con dati anatomico-chimici. Si ammettono come segni clinici dell'idrotorace semplice la sua formazione senza accenno a rialzo febbrile e la mancanza di sfregamento pleurico. Ora se noi prendiamo in esame i casi esposti, vediamo come la mancanza di qualsiasi rialzo febbrile sia la regola, il che appoggerebbe l'idea di un trasudato semplice; quanto allo sfregamento pleurico in alcuni, anzi nella maggior parte dei casi

non fu avvertito, ma in taluno venne avvertito in modo distinto come ad esempio nel caso 2.°. I sintomi anatomico-chimici sulla quantità di fibrina e di elementi contenuti nel liquido effuso hanno condotto a dati contradditorii, ed ancora oggi si ritiene in via generale come esatto il principio formulato da Mehu, che cioè quando un liquido nella cavità pleurica ha un peso specifico inferiore a 1015 deve la sua origine ad un trasudamento, quando è superiore parla invece per l'origine pleuritica. Posso a questo proposito portare innanzi alcuni esami fatti sul liquido estratto colla toracentesi nei casi riferiti. Nel caso III il liquido pleurico che venne estratto ripetutamente e in notevole copia presentò un peso specifico di 1021, notevole ricchezza di albumina e discreta quantità di elementi morfologici (globuli bianchi, rare cellule endoteliari): nel caso N. 2 (con metastasi pleuriche) il liquido estratto colla toracentesi aveva un peso specifico di 1014; pure 1014 era il peso specifico del liquido estratto al N. 3, dal N. 4 si ottenne un liquido di p. sp. 1016; dal N. 11 si ottenne un liquido di p. sp. 1010; il N. 14 diede liquido con p. sp. 1017. Anche questa indagine perciò non ci illumina di troppo per la interpretazione di questi versamenti, poichè su sei casi il peso specifico in tre era superiore a 1015 ed in tre ne era inferiore; ne scaturisce per altro questa conseguenza che questo liquido ha dei caratteri tali da non potere in modo assoluto ascriverlo nè ai comuni trasudati, nè ai comuni essudati infiammatorii. Gli è perciò e per la interpretazione che mi sembra giusto dare a questa manifestazione morbosa che mi astenni dall'usare il termine di idrotorace. Infatti se in alcuni casi non si può negare che il marasmo prodotto dal neoplasma maligno diffuso a ragione poteva essere ritenuto causa del versamento, nella maggior parte dei casi lo stato del sangue e vuoi anche delle pareti vasali può solo aver contribuito in piccola parte a creare le condizioni favorevoli alla effusione. Ciò è provato dal rapido rimettersi della ammalata una volta tolto il tumore addominale e ciò è provato anche dalla mancanza di altri segni e sopratutto di idrope generale, in quantochè gli edemi agli arti inferiori che talvolta si osservarono devono essere interpretati come conseguenza di azioni locali sui vasi iliaci. E qui è d'uopo rilevare come in tutte le osservazioni esposte l'esame clinico e l'esame più volte ripetuto delle urine, abbia fatto escludere l'eventuale esistenza di vizii cardiaci o di lesioni renali.

A titolo di opportunità ricorderò come dalle autossie di 93 casi di donne morte per carcinoma dell'utero raccolti da Blau nell'Istituto patologico di Berlino, risulti che solo in 5 vi era idrotorace bilaterale ed un idrotorace destro, quantunque la maggior parte delle donne fosse venuta a soccombere in istato di estremo marasmo; di questi 6 casi in due l'affezione pleurica probabilmente era dovuta alle coesistenti peritonite e idronefrosi bilaterale (1).

Già notammo le ragioni che non ci permettono di accogliere la spiegazione data dal Tusa; la teoria cosidetta meccanico-chimica del Pascale trova certamente maggiori appoggi nella osservazione clinica; solo a me sembra che dia soverchia importanza al fattore stasi venosa dell'azigos per la distensione dell'addome. Sono troppo frequenti i casi di cistomi voluminosissimi nei quali non si osserva traccia di versamento nel cavo pleurico, quantunque lo stato generale della donna presenti quella caratteristica impronta descritta dallo Spencer Wells (facies ovarica). Neppure ne soddisfa l'idea di Freund che vorrebbe quasi ammettere una specie di osmosi fra peritoneo e pleura. A me sembra che almeno pei casi che formano oggetto del presente studio, le cause della produzione del versamento pleurico debbano essere ricercate nelle cause che produssero negli stessi casi il versamento peritoneale. Ed innanzi tutto notiamo che in tutti i casi riferiti esisteva or più or meno copioso versamento libero peritoneale.

Anche Demons che pure si volle limitare ai cistomi ovarici semplici, nota l'esistenza della ascite nella maggioranza dei casi di sua osservazione. Pascale pure rileva che l'idrotorace dei tumori ovarici ordinariamente è complicato ad idrope ascite. Troppo lungo sarebbe qui l'esporre le varie cause che possono produrre effusione di liquido nel cavo peritoneale per la presenza di un tumore ovarico. Anche la diversa qualità del liquido effuso (asciti semplici, asciti gelatinose, asciti chiliformi, asciti biliari, asciti dermoidi, ecc.) è dovuta alla prevalenza o alla insorgenza di speciali fattori patogenetici. Fatta astrazione dai casi in cui vi sono complicanze renali, cardiache od epatiche, la compressione che il tumore può esercitare sulla porta o sui principali suoi affluenti è il fattore che meno frequentemente può essere invocato: la

---

(1) L. Blau. « Einiges Pathologisch-Anatomisches über den Gebärmutterkrebs. » Inaug. diss., Berlin, 1870.

secrezione diretta delle vegetazioni del neoplasma può contribuire solo in parte in determinati casi alla produzione del liquido, ma pur ammettendo che ciascun caso presenti una speciale patogenesi, e che nella medesima ammalata più cause contribuiscano a produrre il versamento ascitico, si deve convenire che la reazione del peritoneo è sempre l'elemento principale ed è dovuta ad una particolare irritazione su di esso esercitata sia meccanicamente dalle pareti del tumore, sia e più da sostanze chimicamente irritanti prodotte dal tumore medesimo. Così è risaputo come l'ascite sia particolarmente frequente nei tumori di natura maligna anche al principio del loro sviluppo, quando cioè non può essere invocato nè il fattore meccanico (compressione), nè il fattore funzionale secrezione propria del tumore, ed è risaputo ancora che la propagazione del neoplasma al peritoneo rende ancora più intensa la irritazione e conseguentemente il versamento.

Ora se si ammette che il versamento peritoneale sia almeno nella sua maggior parte dovuto a reazione peritoneale per azione irritativa chimica di esso, se la pleura si viene a trovare in diretto contatto non potrà forse in determinate circostanze risentire della medesima azione irritativa e rispondere egualmente colla produzione di versamento? E questo perchè non potrà talvolta anche essere simile al versamento endo-addominale se la causa, la principale almeno, ne è la medesima?

L'anatomia ha dimostrato che fra i fasci muscolari e tendinei del diaframma esistono dei vani, i quali mettono in tutta vicinanza la cavità toracica colla addominale. Così fra i due fasci sternali anteriori del diaframma talora rimane uno spazio, attraverso al quale viene stabilita una diretta comunicazione fra il cellulare del mediastino e quello sottoperitoneale. Tra questi fasci sternali ed i costali esiste spesso un intervallo privo di fasci muscolari, nel quale la pleura ed il peritoneo sono in diretto contatto, e quando mancano i fasci sternali la comunicazione fra torace ed addome è ancor maggiore (1). Tuffler e Lejar hanno recentemente messo in luce che al disopra della 12.ª costa e precisamente in corrispondenza del polo superiore del rene, esiste costantemente una smagliatura delle fibre muscolari, che permette alle due

(1) Testut. « Trattato di anatomia umana. » Torino, 1894, vol. I, p. 2.ª, pag. 151.

sierose pleurica e peritoneale di venire a mutuo contatto (*Jatus costo-lombare*) (1). A queste condizioni anatomiche che avvicinano strettamente la pleura al peritoneo si aggiungono particolari condizioni nella struttura e nelle disposizione dei linfatici delle due membrane sierose. La letteratura italiana possiede uno studio completo sui linfatici della pleura e del peritoneo in un lavoro di Bizzozzero e Salvioli (2). Era stato accertato per mezzo d'esperienze e di osservazioni (Recklinghausen per il peritoneo; Dybkowsky, Wagner per la pleura) (3), che nel coniglio, nel peritoneo che riveste il centro tendineo del diaframma i linfatici superficiali comunicano per mezzo di boccuccie aperte col cavo peritoneale: un fatto analogo Bizzozero e Salvioli lo constatarono per l'uomo, nel quale per altro la struttura è più complicata ed il massimo sviluppo si ha non nel centro tendineo, ma sì nella zona peritendinea. È appunto in questa zona peritendinea che tanto nella pleura quanto nel peritoneo, i fasci connettivi dello strato superficiale staccandosi l'uno dall'altro, lasciano delle lacune, che sono in comunicazione colla rete linfatica e fanno parte integrante della rete stessa. La limitante nel rivestire la superficie dello strato di sostegno, là dove passa sopra le lacune presenta una quantità di fori: al di sopra della membrana limitante l'endotelio forma uno strato continuo. Per questa discontinuità dello strato di sostegno e della limitante in corrispondenza alle lacune, viene assicurata la libera comunicazione fra queste ultime ed il cavo pleurico da una parte ed il cavo addominale dall'altra. La esistenza di stomi nel rivestimento endoteliale non è da tutti ammessa; Muscatello ha dimostrato che esso costituisce un rivestimento continuo, senza aperture di sorta e che le sostanze finamente granulari (carminio) ed i corpuscoli molli e capaci di cambiar forma (globuli rossi) attraversano lo strato endoteliale del diaframma in massima parte liberi, scivolando fra gli elementi endoteliali, in minor parte trasportati da leucociti. Muscatello poi con una serie di esperienze potè dimostrare che il diaframma è il solo tratto della sierosa peritoneale destinata all'assorbi-

---

(1) Riva e Verdelli. « Malattie della pleura » in « Trattato italiano di Patologia e Terapia Medica » diretto da Cantani e Maragliano. Milano, Vallardi, vol. III, pag. 213.

(2) Bizzozero e Salvioli. « Studii sulla struttura e sui linfatici delle sierose umane. » *Archivio p. l. Scienze Mediche*, 1876, pag. 339, e 1877, vol. II, pag. 247.

(3) Testut. « Trattato di anatomia umana. » Torino, 1894, vol. III, p. 2.ª, pag. 343; vol. III, p. 1.ª, pag. 312 e vol. II, p. 1.ª, pag. 247.

mento di sostanze corpuscolari e che nel cavo addominale esistono correnti liquide dirette costantemente verso il diaframma (1).

Con analoghe esperienze e ricerche anatomiche Muscatello, nel laboratorio del prof. Bizzozero, potè dimostrare che l'assorbimento della pleura si compie con meccanismo identico a quello descritto per il peritoneo (2).

Dato il grande potere assorbente delle cavità sierose pleurica e peritoneale e conosciuto come questo potere assorbente spicca nel suo massimo grado alla regione diaframmatica, non ci deve punto recare maraviglia che affezioni le quali colpiscono la superficie e la cavità peritoneale abbiano ad influire anche sulla vicina cavità pleurica. Ciò è clinicamente dimostrato dall'associarsi della pleurite in casi di peritonite diffusa, dal facile occorrere di versamenti pleurici per affezioni epatiche, come nella periepatite, nelle cisti da echinococco del fegato, negli ascessi epatici, ecc. Anche lesioni lontane dal diaframma possono riverberarsi sulla pleura, come venne osservato in casi di pelvi peritonite ed in casi di peritiflite o di appendicite. Wolbrecht dimostrò, dietro osservazioni fatte nella Clinica di Gehrardt, che nel 38 per 100 dei casi di peritiflite era comparsa pleurite il più delle volte sierosa (3). A confortare questa reciproca influenza che esiste fra la cavità sierosa toracica e la peritoneale, ricorderò per ultimo le asciti che si osservano talora in casi di sinechia del pericardio, nei quali casi per altro la patogenesi del versamento peritoneale è ancora assai oscura (4).

Affatto recentemente Auché e Chavannaz studiarono sperimentalmente l'azione delle iniezioni intraperitoneali del contenuto delle cisti ovariche; fra i risultati ottenuti con queste ricerche merita di essere qui ricordato il fatto che il liquido delle cisti proligere sia glandolari e sia papillari è il più tossico, mentre il liquido delle cisti paraovariche avrebbe una tossicità quasi nulla, paragonabile a quella del siero artificiale sterilizzato. Fra le lesioni macroscopiche che gli sperimen-

---

(1) Muscatello. « Sulla struttura e sulla funzione di assorbimento del peritoneo. » *Archivio p. l. Scienze mediche*, vol. XIX, N. 15, pag. 281, 1895.

(2) Muscatello. « Sulla funzione di assorbimento della pleura. » *Archivio p. l. Scienze mediche*, vol. XX, N. 14, pag. 305, 1896.

(3) Eichhorst. « Trattato di patol. e terapia speciale medica. » 2.ª ed. ital., vol. I, p. 667.

(4) Schupfer. « Sopra le asciti che si osservano nei malati con sinechia del pericardio. » *Il Policlinico*, 1897, M. pag. 201 e 262.

tatori osservarono negli animali presi in esame è degno di nota che in alcuni casi venne trovato del liquido nelle cavità pleuriche e pericardiche (1). Ciò dimostra ancor più l'azione irritante del contenuto delle cisti ovariche, e la suscettibilità della pleura alle irritazioni che colpiscono la sierosa peritoneale.

Abbiamo già notato come in tutti i casi riferiti in cui ad un tumore ovarico era associato versamento pleurico, vi era ascite or più or meno abbondante; abbiamo fatto rilevare come tale ascite può incontrarsi anche in tumori benigni dell'ovaio, ma che di solito si accompagna ai tumori maligni; abbiamo veduto come l'azione irritante del tumore o dei liquidi da esso prodotti sia la causa o la principale causa di tali versamenti ascitici; abbiamo infine notato come i caratteri di questa ascite sono diversi a norma dei diversi fattori che contribuiscono a produrla. Ricerche batteriologiche istituite su questi liquidi ascitici, anche in casi di tumori maligni, dimostrarono che essi sono generalmente sterili alle culture (2), come risultò anche dall'esame fatto sul liquido estratto dall'addome nell'osservazione 16.ª. Non si può quindi parlare di un processo di peritonite nel senso comune della parola, ma di azione chimica irritante, che desta viva reazione peritoneale. Ora per gli stretti rapporti anatomici e per le facili vie linfatiche non è difficile il comprendere come una tale azione irritativa possa riverberarsi sulla pleura destandovi un analogo processo di effusione liquida. Con un tal modo di intendere questi versamenti pleurici si accorda la mancanza di elevazione febbrile, si accorda la rara coesistenza di dolore puntorio e di rumore di sfregamento; si accorda ancora la natura chimica ed il peso specifico del liquido, come pure si accorda la mancanza in esso di microorganismi o di grande tossicità. Per un tal modo di intendere il versamento pleurico si comprende la rapida sua scomparsa in seguito alla esportazione del tumore ovarico e si può spiegare il suo parziale e momentaneo riassorbimento in seguito a copiosa evacuazione del liquido addominale, come si può spiegare il rapido riprodursi del liquido dopo la semplice toracentesi.

A sostegno della origine meccanica del versamento pleurico nella

---

(1) Auché et Chavannaz. « Action des injections intrapéritonéales du contenu des Kystes ovariques (étude expérimentale). » *Comptes rendus hebd. d. séances de la Société de Biologie* 1897, Ser. X, T. IV, pag. 635.

(2) D'Anna. « Studii batteriologici sui liquidi peritoneali. » *Il Policlinico*, 1897, C. pag. 279

epatite interstiziale e nelle cardiopatie, il Piazza-Martini ed il Tusa dànno una notevole importanza alla esistenza di edema della parete toracica limitato al lato del versamento: questo edema sarebbe una conseguenza della stasi nelle vene intercostali. In due soltanto dei 26 casi sopraesposti venne osservata la esistenza di tale edema, in uno si trattava di riproduzione di cisto-sarcoma con complicanza di peritonite, e vi era copioso versamento pleurico a sinistra (caso 8.°), nell'altro si trattava di carcinoma dell'ovaio diffuso al peritoneo e più che versamento si avvertiva lo sfregamento pleurico a destra. A questo edema toracico con versamento pleurico nei tumori dell'ovaio non può facilmente applicarsi il meccanismo di stasi nell'azigos, ed il suo raro occorrere dimostra che i fattori meccanici di stasi hanno nella produzione dei versamenti pleurici in questione una importanza secondaria.

Mi sembra perciò che, pur non escludendo una leggera partecipazione dei fattori meccanici di stasi e delle condizioni del sangue e delle pareti vasali, la causa dei versamenti pleurici complicanti i tumori dell'ovaio sia a ricercarsi in una irritazione pleurica per sostanze che vi giungono dalla contigua cavità peritoneale. Il relativamente raro occorrere di questa complicanza può trovare spiegazione, vuoi nella maggiore o minore suscettibilità pleurica, vuoi nelle condizioni anatomiche o patologiche del setto diaframmatico ma sopratutto nella natura del tumore e delle irritazioni che esso desta sulla superficie peritoneale. Come vedemmo il versamento pleurico talvolta è bilaterale, tale altra unilaterale con qualche prevalenza per il lato destro; di una tale lieve prevalenza non saprei trovare la ragione, se non ammettendo che a ciò contribuiscano facili lesioni epatiche, vuoi circolatorie, vuoi di vera e propria periepatite. La frequente mancanza di sintomi clinici subiettivi fa sì che tali effusioni pleuriche di solito vengano rilevate solo allorchè si eseguisce un esame generale completo. Ed un tale esame non deve essere mai ommesso ricercando con particolare riguardo l'eventuale esistenza di lesioni pleuriche, ritenendo che *l'esistenza di versamenti pleurici, non spiegati dalle comuni cause infiammatorie o specifiche, in ammalate affette da tumori ovarici, nella maggior parte dei casi è sintoma di malignità del tumore e di diffusione più o meno estesa di esso al peritoneo.*

È però opportuno far osservare, che la patogenesi dianzi esposta ne fa presagire e la clinica ne dimostra come talune particolari complicanze de' tumori ovarici anche benigni siano capaci di destare una

notevole irritazione peritoneale, la quale talora diffondendosi alle vicine membrane sierose pleuriche può destarvi analogo processo irritativo. Così, benchè non frequentemente, vennero osservati fenomeni pleurici in casi di cisti ovarica in seguito a torsione del peduncolo, a suppurazione del contenuto cistico e più spesso in seguito a rottura spontanea od artificiale della cisti. Ma poichè tali accidenti offrono sintomi speciali che permettono al clinico di diagnosticarli, qualora in una donna affetta da tumore ovarico si riscontri un versamento pleurico e si possano escludere la torsione del peduncolo, la rottura o la suppurazione della cisti, il concetto di malignità del tumore verrà ad acquistare una maggiore importanza.

Assegnando ai versamenti pleurici un significato diagnostico grave, non si intende con ciò di abbandonare l'inferma al suo destino. Per ciò che riguarda il versamento pleurico l'esperienza clinica ha dimostrato che mentre il liquido effuso si riproduce rapidamente dopo la toracentesi, esso scompare con rapidità se si addiviene alla esportazione del tumore come risulta dalle nostre osservazioni, da quelle di Freund, di Demons, di Pascale, ecc. Per ciò che riguarda il tumore, se si prescinde dai casi in cui vi è ragione a credere che il versamento sia sintomatico di diffusione metastatica del neoplasma alla pleura, e sono i casi più rari, l'intervento operatorio deve essere deciso unicamente alla stregua del tumore ovarico. Nè la esistenza di un versamento sanguinolento alla pleura deve farci giudicare senz'altro che si tratti di metastasi pleurica del tumore; i casi 2 e 3 dimostrano che malgrado l'esistenza di un tale liquido nel cavo pleurico, tanto la pleura quanto il polmone non presentavano alcun nodo metastatico. Perciò il versamento pleurico per sè stesso non controindica affatto l'intervento operativo, e l'ammalata da esso non può che averne vantaggio. Se si pensa alle sofferenze in cui si trovano queste disgraziate, si comprende come sia umano anche quell'atto che, pur non potendo sradicare completamente l'affezione, può per altro sottrarre l'ammalata per qualche tempo allo stato di dolorosa cronicità. Freund va ancora più in là, ed egli ritiene che anche nei casi in cui il neoplasma maligno ha estese diffusioni peritoneali, la esportazione del tumore non solo ha lo scopo di alleviare per qualche tempo le sofferenze dell'ammalata, ma ha anche la fondata speranza di guarigione duratura. Egli in un discreto numero di casi esportato il tumore maligno raschiò colle dita i nodi secondari del peritoneo e più

tardi constatò che in quel luogo non era avvenuta alcuna riproduzione, ma si era formato un connettivo di cicatrice. L'esperienza clinica ulteriore porterà luce su questi fatti. Per ora qui mi sia concesso di ricordare il caso di certa Rampazzi Angela di Cicognola, operata il 28 Aprile di questo anno per cisto carcinoma ovarico bilaterale. Esportati i due tumori si vide il peritoneo della faccia posteriore dell'utero, dello spazio del Douglas e tutto il peritoneo parietale lombare cosparso di noduli carcinomatosi, ingrossate le ghiandole linfatiche lombari, così che si desistette dall'idea di associare l'esportazione dell'utero a quella delle ovaie carcinomatose. Ebbene l'ammalata ebbe un decorso post-operatorio dei più regolari ed ora, quattro mesi dopo l'atto operativo, il medico del paese che l'ebbe a visitare la trovò in ottimo stato di salute e senza alterazione alcuna dal lato dell'addome e dei genitali.

Indipendentemente dal versamento pleurico è però necessario in questi interventi laparotomici tener conto dei risultati ottenuti da altri operatori in casi di tumori maligni dell'ovaio. Leopold su 26 casi operati per tumore maligno dell'ovaio, con 6 operazioni incomplete, ebbe 5 morti (19. 1 0[0]) dopo l'atto operativo; Martin su 14 casi ebbe 6 morti (42. 8 0[0]); Braun su otto casi ebbe otto morti; Freund su 12 casi un solo morto (8. 3 0[0]). Cohn (1) studiando la statistica di Schröder dal 1876 al 1885 trovò su 600 tumori ovarici, 100 di natura maligna (16. 4 0[0]), che furono tutti operati con 86 operazioni complete e 14 esplorative. Ora su 100 casi morirono per l'atto operativo 20 (20 0[0]), e delle 86 operate in modo completo che sopravvissero all'atto operativo, 16 morirono più tardi di recidiva; si constatarono certamente guarite 19, mancando di molte altre notizie precise. Olshausen (2) su 296 ovariotomie operò 19 carcinomi dell'ovaio ed ebbe di questi ultimi 9 morti (47 0[0]). Anch'egli vide i meravigliosi miglioramenti notati da Freund, ma li ritiene vere eccezioni. Dallo spoglio di un recente lavoro di Kratzenstein (3), che raccolse i casi di Olshausen, ho potuto mettere assieme il seguente specchietto che può servire a mettere in evidenza i risultati dell'ovariotomia nei tumori maligni.

---

(1) Cohn. « Die Bösartigen Geschwulste der Eierstöcke. » *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XII, p. 14.

(2) Olshausen. « Die Laparotomien der Universitäts-Frauenklinik in Berlin während der 3 Jahre 1 Mai 1887-1890. » *Zeitschr. f. Geb. und Gynäk.*, Bd. XX, pag. 219.

(3) Kratzenstein « Die Dauererfolge der Ovariotomie bei malignen Ovarialtumoren. » *Zeitschr. f. Geb. und Gynäk.*, Bd. XXXVI, pag. 61.

	Operate	Morte per l'atto operativo	Recidive del neoplasma	Morte per malat. intercorr.	Incerte	Guarite	Operate che ebbero parti dopo l'operazione
Fibrosarcomi	16	5	—	—	—	11	—
Sarcomi	10	2	2	1	1	4	—
Carcinomi puri . . .	18	8	9	—	—	1	—
Cistomi degen. { papillari .	24	6	11	—	—	7	una ebbe 4 parti
In carcinomi { glandulari	27	7	12	2	1	5	una 1 parto
Tumori misti	5	—	2	—	—	3	—
Totale . . .	100	28	36			31	

Da questo specchietto appare come malgrado l'elevata mortalità operatoria del 28 0[0, si ebbe il 31 0[0 di guarigione duratura, cifra notevolmente rilevante se si mette in confronto colle cifre che la statistica ne porge per rispetto alla isterectomia nel carcinoma dell'utero, e che deve far abbandonare ad ogni operatore l'antico precetto che la diagnosi di malignità di un tumore ovarico dovesse considerarsi come controindicazione all'intervento operativo.

Ciò premesso è chiaro che la esistenza di un versamento pleurico, salvo le dovute eccezioni, anzichè costituire una controindicazione all'intervento operativo è indicazione di pronto intervento, sia perchè vennero osservati casi in cui il versamento coesisteva a tumore di benigna natura, sia perchè anche quando il tumore è di natura maligna l'intervento operativo è giustificato dai risultati ottenuti dalla esperienza.

È però doveroso ricordare che nella indicazione dell'intervento laparotomico è necessario aver presente il fatto già dianzi notato, cioè che trattandosi di tumore maligno spesso il versamento pleurico sta a dinotare una probabile diffusione del neoplasma al peritoneo; ed è alla sede ed alla estensione dei nodi secondarii che deve essere subordinata la indicazione operativa.

L'esperienza clinica ha poi, in un numero abbastanza rilevante di casi, dimostrato che il versamento pleurico, anche se copioso, non disturba nè durante l'atto operativo nè dopo di esso. Basti citare le osservazioni 2.ª, 4.ª, 5.ª e 6.ª; e l'esperienza di Demons, di Freund, di Keith ecc. Nell'osservazione riferita al N. 7 il versamento pleurico apparve poco dopo l'atto operativo senza che vi fossero altri segni di processo settico; anche in questo caso la complicanza non disturbò punto il decorso generale post-operativo e la donna guarì rapidamente. Anche Péan operò un caso di cisto-carcinoma ovarico con idrotorace

ed ebbe regolare decorso post-operatorio e guarigione duratura dell' ammalata (1). Per ciò che riguarda il versamento pleurico in sè la esperienza clinica, come si potè osservare anche in un discreto numero dei casi esposti, ha dimostrato che la toracentesi non può avere alcun valore curativo, riproducendosi il liquido con rapidità, mentre l'esportazione del tumore costituisce la sua più razionale cura, poichè in seguito all'atto operativo fu visto rapidamente scomparire e riprendere il polmone la sua normale espansione. Interessante a questo proposito è un caso della pratica di Spencer Wells e narrato da Alban Doran (2). Si trattava di un papilloma della tuba destra con copiosa ascite e versamento pleurico destro: la toracentesi e la paracentesi più volte ripetute non avevano portato alcun vantaggio. In seguito alla laparotomia ed alla esportazione del tumore eseguita da Spencer Wells, l'essudato pleurico scomparve e la donna rapidamente guarì.

Riconosciuto che tali versamenti quando sono in modica quantità non disturbano l' andamento dell' atto operativo, nè costituiscono un pericolo nella cloronarcosi, che non solo non disturbano il decorso post-operativo, ma in questo periodo scompaiono con grande rapidità, parve ad alcuno (Pascale) di dover ammettere in modo assoluto che è perfettamente inutile far precedere la toracentesi, anche se l'idrotorace è molto voluminoso; che se la necessità lo richiede, anzichè la toracentesi è bene fare la paracentesi ed anche la puntura della cisti. Infatti, in seguito alla paracentesi addominale, fu osservato (caso 18) diminuire notevolmente il versamento pleurico, ma io non credo sia opportuno elevare a precetto un tale intervento, tanto più se si considera che assai soventi si ha a che fare con tumori maligni. È certo che la paracentesi addominale fatta allo scopo di vuotare l'eccessiva quantità di liquido ascitico per dare un po' di sollievo all' ammalata può senza dubbio tornare utile come preparazione all'atto operativo; è altresì vero che nella maggior parte dei casi non è necessario lo svuotamento del cavo pleurico prima dell' operazione, ma quando il versamento fosse copioso, massime se bilaterale, e cagionasse notevoli

---

(1) Péan. « Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. » T. III, Paris, 1895, pag. 755, Obs. CXII, Cancer kystique des deux ovaires. Extirpation. Guérison. Pas de récidive au bout de dix-huit mois.

(2) Alban Doran. « Papilloma of the Fallopian tube, associated with ascites and pleuritic effusion. » *Transactions of the pathological Society of London*, vol. XXXI, 1880, pag. 174.

disturbi del circolo e del respiro mi sembra che non sarebbe razionale tralasciare la toracentesi prima dell'intervento laparotomico, sapendosi come questa piccola operazione eseguita con perfetta asepsi non espone l'ammalata a pericoli maggiori di quello della paracentesi addominale.

Ed ora da quanto sono andato fin qui esponendo, colla scorta di personali osservazioni, e colla scorta del materiale clinico offertomi dal mio maestro il prof. Mangiagalli, sorgono legittime le seguenti conclusioni:

Nei tumori dell'ovaio si può talora osservare un versamento pleurico, che è da considerarsi non come complicanza casuale, ma come vera conseguenza.

Tale versamento pleurico insorge per lo più in modo subdolo, non accompagnato nè da febbre, nè da dolore.

Il versamento è spesso bilaterale, quando è unilaterale più spesso è destro che non sinistro. Questo versamento non può trovare la sua origine nei semplici disturbi circolatorii da compressione o nelle alterate condizioni della crasi sanguigna, ma talora è sintomo di propagazione del neoplasma alla pleura, tal'altra, e più soventi, di reazione della pleura per fatto irritativo trasmesso attraverso il diaframma: tale versamento è quindi espressione di anormale irritazione peritoneale nella maggior parte dei casi accompagnata da ascite.

La presenza di versamento pleurico afebbrile, non in rapporto con pleuriti accidentali, in tumori dell'ovaio, è nella maggior parte dei casi sintomo di malignità del tumore; e ciò tanto più se si possono escludere eventuali complicanze, quali la torsione del peduncolo, la suppurazione e la rottura della cisti.

Il versamento pleurico quando non è conseguenza di diffusione del neoplasma o alla pleura od al polmone, anzichè essere controindicazione d'intervento operativo, può essere per se stesso indicazione di pronto intervento. Tale intervento, per altro, dovrà essere subordinato alla sede ed alla estensione di eventuali nodi secondari peritoneali, tanto più sapendosi come i versamenti pleurici occorrano principalmente nei casi in cui il neoplasma ovarico ha già invaso il peritoneo.

La toracentesi solo in rari casi potrà costituire un'operazione preparatoria alla laparotomia: l'asportazione del tumore costituisce il mezzo più pronto e più efficace per la scomparsa del versamento pleurico.

I SETTI TRASVERSALI DELLA VAGINA

SOTTO IL RAPPORTO DELLA ORIGINE CONGENITA, DELLA PROIEZIONE VAGINALE E DELLA IMPORTANZA OSTETRICA

STUDIO CLINICO-SPERIMENTALE

PEL

Dott. CARLO FERRARESI

(Continuazione, vedi pag. 702).

Diagnosi e influenze reciproche dei setti colla gravidanza, parto e puerperio.

Nel campo ostetrico sono sopratutto ostacoli alla coabitazione ed al parto che richiamano l'attenzione sopra le intersezioni membranose, la cui natura e sede non può essere determinata, con elementi precisi, senza riguardo alle influenze della gravidanza e del parto sulle intersezioni. Furono scelte principalmente queste ultime ad oggetto di ricerca, rappresentando esse una condizione veramente tipica di restringimenti vaginali. Dopo i concetti già espressi intorno alla natura dei sepimenti, è appena necessario notare che le loro modificazioni gravidiche, sono essenzialmente modificazioni del tessuto vaginale ordinario. Infatti nei mutamenti noti dell' ipertrofia e rammollimento sono compresi naturalmente anche i tratti (eventualmente cicatriziali) del tessuto di aderenza, comunemente molto sottili, giacchè anche l' esperimento (del setto artificiale), ha dimostrato che a costituire un sepimento bastano poco estese aderenze. Queste ultime poi, per la loro situazione superficiale, non inceppano la nutrizione dei tessuti vaginali, e in condizioni ordinarie di riposo non portano a stiramenti o spostamenti delle pareti, giacchè le aderenze si verificano preferibilmente dove i contatti sono più stabili. È dunque ai comuni mutamenti gravidici della vagina che si può ricorrere per intendere quelli dei sepimenti. Carbonelli (1) studiando istologicamente, per conto di tutto il pavimento pelvico,

(1) CARBONELLI. Loco cit.

questi mutamenti con pezzi freschi di puerpere recenti, ha rilevato specialmente edema e ipertrofia e iperplasia delle fibre elastiche. Schroeder (1) e Runge (2), insistono sopra l'ipertrofia della mucosa nella vagina. Bręisky (3), ritenne i processi gravidici estesi nello stesso grado a tutto il tessuto e al connettivo perivaginale. Joulin (4) e Spiegelberg (5), ammisero che la ipertrofia e iperplasia della muscolare nella metà superiore della vagina e nella seconda metà di gestazione, fossero avanzate come nell'utero, contrariamente alla maggioranza degli autori. Tarnier e Chantreuil (6), descrivendo gli spostamenti fisiologici, dichiarano che la vagina nel 4.° mese è stirata verso l'alto, e nell'ultimo evasata e sovente ripiegata circolarmente a 3 o 4 cm. dall'utero. I sepimenti si fanno, come la vagina, più molli e suscettibili di maggiore distensione.

Gli autori fanno cenno di segni diagnostici funzionali relativi a difficoltà mestruali, concepimento possibile solo dopo molti anni di matrimonio (7), ecc. Tra questi fatti che sono suscettibili di molto diverse spiegazioni, debbono anzitutto considerarsi gli ostacoli al coito immancabili almeno nei primi tempi per la brevità della vagina accessibile, salvo il caso di setti eccessivamente altolocati o di tessuti facilmente distendibili. Nei tre casi clinici da me osservati, fu accennato costantemente questo ostacolo, mentre il concepimento fu prontissimo. Interessano i rapporti dei setti colle mestruazioni nel senso che, nei periodi di tempo corrispondenti, le aperture si allargano. Nel caso di Krieg (8) di setto cicatriziale un'apertura che a stento permetteva l'entrata ad un catetere, durante le regole, ammetteva facilmente un dito, e Nélaton nel suo caso, citato, di triplice setto, potè scoprire l'esistenza di una piccola apertura per ciascuno dei diafragmi, solo durante le mestruazioni. Anche questi fatti, che non possono a meno di non interessare la ricerca diagnostica, riducono le possibilità di mestruazioni

---

(1) Schroeder. « Lehrbuch der Geb., » citato.

(2) Max Runge. « Manuale di Ostetricia. » Trad. Rocca, Torino, 1893.

(3) Breisky. « Die Krank., » citato.

(4) Joulin. « Traité complet d'accouchements. » Paris, 1867, Lavy.

(5) O. Spiegelberg. Loco cit.

(6) Tarnier et Chantreuil. Loco cit.

(7) Nel caso citato di Fristo la donna che era una mendicante, concepì presto, quantunque con 4 setti, e pare anche, ostacoli imeniali.

(8) Krieg. *Med. Zeitung d. Verein für Heilkunde in Preussen*, N. 2, 1842.

difficili in caso di stenosi che sono tuttavia ammesse da Breisky (1). Rientrando nel campo della gravidanza, è da notare la possibilità, in queste aperture, di obliterarsi, allo stesso modo descritto da Ahlfeld per gli imeni, a piccolo foro, che diventano atresici in gravidanza. Viene così a mancare quello degli elementi più importanti per la diagnosi, che rende accessibile la cavità sovrastante al setto e la porzione vaginale all'esame diretto. Esplorando in tali casi si ha la sensazione di una cavità a fondo cieco membranoso, che non si lascia deprimere oltre ad una distanza limitata dallo introito. Allungandosi la cavità si restringe, addossandosi strettamente le pareti intorno al dito, molto diversamente da quello che avviene nel caso in cui la vagina è terminata naturalmente al suo estremo, coll' utero e coi fornici.

Quantunque l' accrescimento e il rammollimento gravidici aumentino la estensibilità del setto, quest' ultimo non si può sempre deprimere tanto da raggiungere l' utero in sede, così avvenne in due dei casi N. 24 e 26 della casistica, che sono ancora da riferire, nel 4.° e 5.° mese di gravidanza. Conviene dunque abbassare l' utero dall' esterno fino al livello opportuno. Ma un punto che non può essere trascurato senza rischio di errori, che del resto è conforme al concetto espresso più volte, riguarda la necessità di mantenere il dito vaginale al centro del setto, cioè a livello della linea di aderenza, quanto dire nell' asse della vagina. A questo livello infatti il setto è più sottile, come ha dimostrato l'esperimento, ed è costituito da una lamina di connettivo superficiale stirato, offre dunque le condizioni più favorevoli all'esplorazione, purchè, oltre l' assottigliamento, con una tensione non eccessiva, si mantenga la normalità delle impressioni. Fuori della zona in discorso si trova necessariamente la parete vaginale pressochè raddoppiata con sensazioni sempre più oscure, quanto più il dito si allontana dal centro. Questo concetto non potrebbe essere riconosciuto da coloro, che hanno ritenuto il setto trasversale come il longitudinale un tramezzo di tessuto indipendente. In tali condizioni l' analogia più prossima è colla vagina breve, e mancante di fornici ricordata da Schroeder (2), come la disposizione di Depaul richiamata da Charpentier (3), o l' assenza

---

(1) Breisky. § 22, pag. 51.

(2) Schroeder. « Lehrbuch d. Geb., » citato, S. 556.

(3) A. Charpentier. Op. cit.

della porzione vaginale del collo uterino complicata a brevità di vagina, di Delaunay (1). Magendie Husté (2), invoca a caratteri differenziali una sensazione speciale dell'orificio uterino nel caso di assenza della porzione vaginale, e la sensazione della forma normale della stessa, risultante alla esplorazione rettale, nel caso di sepimento.

Certamente è di interesse capitale nella diagnosi la ricerca dei rapporti del fondo esplorato coll' utero. La indipendenza loro, nel caso di setti può essere assicurata nei casi favorevoli, facendo scivolare l'utero sul fondo cieco fissato, ma in più casi certamente, può soccorrere l' esplorazione rettale. A questo proposito è da ricordare che i sepimenti profondi si ritennero già collocati obliquamente rispetto all' asse vaginale, tanto che nelle loggie sovrastanti risulta una parete posteriore più estesa che l'anteriore, e questa è condizione favorevole ad un' esplorazione combinata del retto e vagina. Conviene dimostrare uno spazio tra l' utero e la vagina accessibile. La palpazione di minimi tratti cicatriziali eventualmente esistenti nel fondo cieco può dirigere spesso il dito al centro ricercato del setto, interessante anche in questa ricerca. Questo importa inoltre per la esclusione di un collo deformato per parti precedenti richiamata da Delaunay: del resto le cicatrici estese che debbono accompagnare simili casi, non entrano nel genere di sepimenti considerati. Così è di scarso interesse la ricerca collo speculum: non si può tenere alcun conto delle differenze di colorazione della mucosa attorno alle cicatrici, poichè sono regolate sopratutto dalla distensione delle pareti. Nel primo dei casi che ho osservato, non fu possibile aver traccia di aperture allo speculum, e neanche apprezzare la parte centrale (aderenze) del setto: l' apertura comparve spontanea nel parto (distensione). Così può essere utile la distensione della vagina, in caso di stretture membranose, come sarà palese più avanti, ed è sotto questo aspetto, ma limitatamente, che può servire lo speculum. Scanzoni (3) potè, con la pressione dello speculum, in una strettura membranosa senza apertura visibile, osservare l' uscita di muco.

Per ciò che riguarda l' ispezione, sono noti i casi, cui accenna

---

(1) Delaunay. Loco cit.

(2) Magendie Husté. Loco cit.

(3) Scanzoni. V. Neugebauer, loco cit.

A. Martin (1), di liquido amniotico visto trapelare nel parto senza che fosse possibile rintracciare aperture.

Collo speculum del resto non si ha, meglio che col dito, la certezza di trovarsi nell'asse della vagina per poter distendere il centro delle aderenze, e si può cadere nella periferia, come può avvenire in un fornice vaginale ampio a utero deviato coi modelli di Cusco, introducendo senza regola. Importa assai più l'ispezione dei genitali esterni per escludere fondi ciechi d'altra specie: dilatazione uretrale e anche casi di vagina doppia. Rigby (2) in travaglio a termine di donna di 37 anni non potè, prima di una dilatazione alla Barnes, esplorare la vagina comunicante col collo uterino, cadendo costantemente in un recesso posteriore. Egli diagnosticò una vagina doppia, e il coito avvenuto sempre fuori della vagina che era in rapporto diretto coll'utero. Con l'esame esterno può giudicarsi se vicino al setto esistano i resti dell'imene (atresia retroimeniale) come raccomanda Schroeder o se trattisi di atresia imeniale, o delle depressioni talora profonde, cosidette dilatazioni del seno urogenitale, come nel caso di Lott (3), con vagina presente o no. Con aperture ristrette la sonda, usata da Caseaux nella sua Clinica (4), da Lange e da Martin (N. 49 e 59 della casistica) è utilissima e non è un mezzo arrischiato per la gravidanza, giacchè essa può dimostrare tosto l'esistenza di uno spazio laterale sopra il fondo cieco, con libertà di movimenti laterali, purchè sia manovrata cautamente. Sorprende che un fatto così semplice, come una sottile aderenza vaginale, possa dar luogo a molte ricerche, ma nel più dei casi accurate esplorazioni combinate manuali saranno sufficenti. Del resto, come in gravidanza, la stenosi può tradursi in atresia, durante la gravidanza può verificarsi spontanea dilatazione. Simon (5) osservò questo evento in una gravida al 5.° mese.

L'apertura del sepimento, nei casi esaminati, è posteriore, contra-

---

(1) A. Martin. Loco cit.

(2) J. A. Rigby. « A case of labour complicated with double vagin. Face presentation; craniotomy. » *The Lancet*, vol. II, pag. 692, 1878.

(3) Lott. V. discussione alla Società ostetrico-ginecologica di Vienna, 12 Febbraio 1895. *Centralbl. f. Gyn.*, § 350, n. 13, 1895. (Lott vide un fondo vulvare con due aperture comunicanti con 2 vagine).

(4) Caseaux e Tarnier. Loco cit.

(5) Simon. V. Neugebauer, loco cit.

riamente alla figura schematica di Heyder (1), che rappresenta un'apertura situata in avanti, come nell'imene, dove infatti l'apertura è anteriore come appare dalla figura di Ahlfeld, di imene in travaglio (2). Anche i casi di restringimenti anulari hanno offerto occasione ad errori in mani esercitate. Nella tesi di Delaunay è riferito un caso di gravida all'ultimo mese, dove un restringimento anulare membranoso fu confuso da Depaul e Guéniot colla assenza della porzione vaginale del collo uterino a vagina congenitamente breve, non avendo percepito il collo alla esplorazione vaginale e rettale ed essendo scarso lo spessore di parti molli che separavano la testa fetale dal dito esploratore. Il caso è anche interessante perchè nella minuta descrizione risulta evidente la imprecisione di concetti intorno ai rapporti reali delle pareti vaginali col sepimento.

La conoscenza precisa di questi rapporti è importante anche rispetto alla sede o livello dei setti, che vengono indifferentemente designati dagli autori con misure in falangi, pollici o centimetri, o riferiti facilmente al terzo superiore medio e inferiore. La diagnosi precisa di sede è certamente difficile: le misure sopradette, che si apprezzano a pareti stirate, non possono esprimere che la distanza massima dalla vulva del tratto aderente, a pareti stirate al momento dell'esame. Il livello del setto, infatti, si innalza o si abbassa naturalmente secondo la direzione nella quale la distensione è maggiore. Difficilmente può aversi un concetto della sua situazione originaria (regolata dai rapporti delle pareti vaginali al momento di sua formazione), anche in caso di estese cicatrici. Le depressioni e i fondi ciechi profondi dei casi di coito estravaginale o da imene atresico, sono prova delle intense modificazioni in estensione di cui sono suscettibili i tessuti, perchè alle misure non venga concesso che un valore approssimativo, rispetto al livello primitivo del setto.

La questione della diagnosi di origine, congenita o acquisita, dei sepimenti è ormai esaurita nel cammino già fatto. Popoff (3), tra gli ultimi, accenna a caratteri dell'atresia congenita rilevabili dall'esame

---

(1) Heyder. « American text-book, » citato, pag. 549.

(2) F. Ahlfeld. « Lehrbuch, » citato a pag. 285, fig. 191, dà la figura di un imene di primipara, disteso dalla borsa amniotica che fuoresce con un diverticolo peduncolato dall'apertura superiore.

(3) D. Popoff. Loco cit.

rettale, e ritiene decisiva la presenza di tessuto cicatrizio, per l'atresia acquisita. Ora è già inteso che la distinzione, secondo questi criterii, di acquisito e congenito, non ha più ragione di essere quando si ritenga possibile lo svolgimento di processi cicatriziali nella vita intrauterina. Il termine congenito, nel senso degli autori, può essere riservato tutto al più ad arresti di sviluppo più estesi; anche i cosidetti turamenti epitelliali, secondo i dati già riferiti, di Naegele, Spiegelberg, Winckel, sono lungi dall'essere definiti come il risultato di un arresto di sviluppo in tutti i casi o, non piuttosto, di processi adesivi flogistici. Del resto l'assenza macroscopica di tessuto cicatrizio, come nei casi di Olshausen, Oderbrecht, non esclude la origine cosidetta acquisita; da altro lato, lesioni limitate alla faccia inferiore del sepimento possono derivare da cause indipendenti dall'origine di quest' ultimo.

Una condizione che può facilitare la diagnosi in travaglio è la presenza della apertura centrale che compare sovente, più o meno prontamente, durante le contrazioni, come sarà dimostrato più avanti. Con aperture sufficenti, è possibile accedere al collo uterino: si percepisce, varcando l'orlo, nella cavità soprastante, molto più estesa indietro che in avanti, la bocca uterina per lo più verso sinistra e indietro, come normalmente. In questo periodo la ricerca è ordinariamente facile se il setto è permeabile al dito, e non lascia dubbio, se non esistono sepimenti multipli. Questi non sono sempre concentrici rispetto alle aperture, nè ugualmente spessi. Tuttavia fu già osservato, e capitò anche in uno dei casi che descriverò più innanzi, che i setti superiori sono per lo più meno completi, irregolarmente disposti o tesi come festoni lungo la vôlta vaginale, meno facili quindi a confondere colla bocca uterina. In casi eccezionali, Leyral, citato, raggiunse la bocca uterina lacerando 4 setti successivamente, col dito foggiato ad uncino e con movimenti di torsione, e il padre di Fristo, più opportunamente, usò il coltello per un numero uguale di sepimenti. In quest' ultimo caso una diagnosi pronta s'imponeva, perchè emorragie e minaccie di sincopi precedenti, avevano fatto vedere uno scollamento placentare. Da Schroeder e Kaltenbach, più esplicitamente ancora da Delaunay si fa cenno della possibile confusione dell'apertura del setto colla bocca uterina nel primo periodo della dilatazione. Tale periodo deve essere ben distinto dal successivo in cui possono aumentare le difficoltà. Infatti se in progresso l'apertura del setto si amplia come fu accennato,

aumenta anche la dilatazione della bocca uterina e, più tardi, la borsa amniotica o la testa fetale verranno a poggiare direttamente sull'orlo del setto. In tali condizioni, il dito esploratore insinuandosi durante le pause, raggiunge a stento la bocca uterina in avanti. In quanto a modificazioni di consistenza, al momento delle contrazioni, la zona centrale del setto, costituita di tessuto connettivale, non è certamente suscettibile di mutamenti attivi. Ma, indirettamente però, deve seguire le vicende della contrazione, se la parte presentata o la borsa amniotica poggiano su di essa. In tal caso l'orlo si tende e si assottiglia.

Così la distinzione di sepimento e segmento inferiore in una primipara può essere punto facile. Anche al perineo può trovarsi, come il setto, abbassato il segmento inferiore uterino colla testa fetale. Può ricordarsi, a questo proposito, la diversità dei tessuti e dell'orlo, prevalentemente connettivali nell'aderenza e muscolari nell'utero. L'orlo dell'apertura, che manca raramente nel setto, a questo periodo del travaglio assicura la distinzione dal tumore di parto fetale e dalla borsa amniotica. Contuttociò la letteratura dei sepimenti vaginali ha registrato parecchi errori. Ritgen (1) riferisce di un setto acquisito che fu confuso colla bocca uterina attraversata da cicatrici, riconosciuta poi mediante la sonda. E Winzmann (2) dà il caso interessante di una IVpara che osservò dopo 4 giorni di travaglio durante i quali tre medici avevano ripetutamente praticato manovre di estrazione. Dopo inutili tentativi col forcipe seguiti da scivolamenti e da emorragie, egli potè finalmente riconoscere la fine apertura di un setto già estremamente assottigliato. Lacerò col dito ed estrasse facilmente il feto col forcipe.

Questi elementi diagnostici non possono essere esauriti così semplicemente senza una considerazione più estesa della influenza reciproca del parto e della vagina con setti, dove non possono essere trascurati i dati della fisiologia comparata della vagina. La coniglia fu destinata specialmente a questi studi presentando contrazioni vaginali in tutti i periodi della gestazione, secondo Tarnier e altri (3), e tali contrazioni furono esaminate da Kehrer (4) e da N. W. Jastreboff (5),

---

(1) Ritgen. *Neue Zeitschrift f. Geburt.*, Bd. XIV, S. 148.

(2) Winzmann. V. Neugebauer, loco cit.

(3) Tarnier et Chantreuil. Loco cit.

(4) Kehrer. V. Delore et Lutaud, loco cit.

(5) N. W. Jastreboff. « Ueber die contractionen der Vagina bei Käninchen. » *Arch. f. An. u. Phys.*, Phys. Abt., 1884, pag. 90.

che distinse un centro eccitatore di esse nel midollo lombare, e uno moderatore nella midolla allungata. H. v. Swiecicki (1), concluse per la dipendenza della contrattilità vaginale dall'innervazione centrale senza influenza di eccitazioni periferiche, meccaniche o chimiche. Ammise pure due innervazioni distinte per il segmento superiore e l'inferiore della vagina, con prevalenza della prima, e contrazioni indipendenti ed asincrone. Di simili studi, però, non può tenersi che un conto limitato, se è vero quanto affermò Salvioli (2), che tali segmenti non appartengono allo stesso organo e non rappresentano propriamente la vagina di animali superiori.

Considerata sotto il duplice aspetto del parto in generale, la vagina della donna può essere studiata nel riguardo della potenza e in quello, più noto, della resistenza. Joulin (3), ritiene la muscolatura della vagina debole e paralizzata dalla brusca distensione. Chailly Honoré (4), descrive una contrazione vermicolare diretta alla vulva. Delore e Lutaud (5) e Tarnier, citato, intendono contrazioni nel periodo espulsivo e nel secondamento provate dall'analogia delle contrazioni nel prolasso, nell'espulsione di prodotti abortivi, ecc., ma praticamente, rispetto al feto, trascurabili. Così Morisani (6) e Charpentier (7). Per G. Braun (8) la vagina concorre, specialmente colle fibre longitudinali, alla espulsione del feto. Schroeder (9) crede che la vagina distesa dopo aver opposto resistenza, come la cervice, ai primi segmenti fetali, concorra ad espellere gli ultimi per la propria elasticità ed azione muscolare. Neppure Ahlfeld (10), recentemente, nega una scarsa partecipazione della vagina all'espulsione delle ultime parti fetali. Ribemont-Dessaignes e Lepage (11), ammettono contrazioni vaginali insignificanti nel parto a termine, a confronto di quelle addominali. Spiegelberg (12),

---

(1) H. v. Swiecicki. « Ueber die Innervation, etc. » *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. X, Hft. 2.

(2) I. Salvioli. Loco cit.

(3) Joulin. Loco cit.

(4) Chailly Honoré. Loco cit.

(5) Delore et Lutaud. Loco cit.

(6) O. Morisani. « Manuale di Ostetricia. » Napoli, 1887.

(7) A. Charpentier. Loco cit., pag. 342.

(8) G. Braun. Loco cit.

(9) K. Schroeder. « Lehrbuch d. Geb. » « Die Contractionen der vagina. » S. 160.

(10) F. Ahlfeld. « Lehrbuch, » citato, S. 94.

(11) Ribemont-Dessaignes et Lepage. Citato, pag. 315.

(12) O. Spiegelberg. Loco cit., S. 140.

forse, meglio di tutti, non ammetteva alcuna vera forza espulsiva della vagina, ma un certo concorso alla espulsione delle ultime parti fetali e placenta, per la elasticità e per azione della « muscolatura che la circonda alla sua parte inferiore. » Non si può richiamare l'ipertrofia muscolare delle pareti vaginali al disopra di atresie in caso di raccolte, confermata istologicamente, e l'aumentata contrattilità della vagina osservata da Breisky in due casi di atresia imeniale (1) (la prima squisitamente analoga a quella osservata da Kaltenbach (2) nelle tube blenorragiche, con restringimenti, e interpretata come ipertrofia da lavoro), perchè nonostante l'ipertrofia e iperplasia gravidiche, l'indole e la durata delle cause sono troppo differenti per ammettere un paragone colle atresie nel parto. Già per il volume della parte fetale che entra in vagina e la distende fino all'ostacolo, è da escludere a priori, all'infuori di ogni considerazione di ipertrofia, un'azione di compenso nella muscolatura vaginale. La lunghezza della vagina paragonata a quella del feto, anche se l'ostacolo fosse molto lontano dallo estremo uterino, è per sè ragione da respingere la possibilità di influenze sulle ultime parti fetali avanti la rottura dell'ostacolo. Attese queste condizioni, una ipertrofia, eventualmente esistente, potrebbe esser causa di aumento, anzichè di compenso, all'ostacolo. Molto più importante è dunque la considerazione della vagina, come una delle resistenze del parto.

La dilatazione della vagina comincia prima della scomparsa del collo (Delore e Lutaud, Morisani). Per accordo di tutti gli autori la zona superiore della vagina ha pareti assai più estensibili che quelle della zona inferiore; esse non entrano neppure in lotta colla parte fetale che avanza, perchè il terzo superiore della vagina è già pronto a ricevere la parte avanti che sia varcata la bocca uterina, secondo Tarnier, è foggiato ad imbuto, come si esprime Morisani. Mentre la testa distende la vagina trasversalmente, ne provoca l'allargamento anche a spese della sua lunghezza (Charpentier). La vagina è stirata in alto dall'utero come già in gravidanza [Cuzzi (3)], mentre si raccorcia, se discende il segmento inferiore colla parte presentata. La maggiore distensione è

---

(1) Breisky. « Die Krank., » citato, pag. 20 e Prager, *Med. Wochens.*, n. 7, 1876.

(2) Kaltenbach. « Ueber Tubenstenose mit secundärer Hypertrofie der Muscularis. »

(3) Cuzzi. « Trattato » in corso di stampa.

sopportata dalla parete posteriore giacchè anche nel principio del parto si osserva il cul di sacco posteriore salire fino a metà altezza del sacro, mentre prima si trova poco sopra il livello della punta del coccige [Breisky (1)]. Questi mutamenti sono in parte manifesti anche nei tracciati citati ai numeri 44.°, 45.°, 52.° Specialmente nel secondo rappresentato nel trattato di Schroeder (Olshausen e Veit), la dilatazione iniziale della vagina riesce evidente. A dimostrare la maggiore distensione posteriore il segmento uterino inferiore fa un angolo in avanti. Le resistenze crescono mano mano che la parte fetale discende (Cuzzi), essendo la porzione inferiore del condotto meno estensibile specialmente in avanti dove la parete è più spessa e strettamente unita ai tessuti vicini (Tarnier). Con questi elementi fisiologici è possibile procedere allo studio del contegno della vagina nel parto, nel caso dei sepimenti tipici scelti in esame.

I sepimenti al momento che la testa discende nello scavo secondo Velpeau e Guillemot (2), si tendono e si allargano ad ogni contrazione, come una bocca uterina, senza che la parte fetale poggi su di essi, comunemente discendono colla testa, secondo le altre descrizioni. Rappresentando ora un setto alla fine del periodo dilatante, come alla figura 6, tavola III, una retta *A B* corrisponde alla direzione delle trazioni esercitate dalle fibre longitudinali dell' utero sulle pareti vaginali, *X* segna il tratto di aderenza delle pareti vaginali. *A B* percorre la parete della vagina sovrastante al livello dell' aderenza, e rappresenta anche la forza di trazione che molto semplicemente si può intendere scomposta in due forze *A C* e *A D*, la prima verticale o, più precisamente, diretta secondo l' asse uterino, la seconda orizzontale o più vicina alla direzione del piano del setto. Questa disposizione di forze rappresenta anche ottimamente il meccanesimo della rottura del setto, e, in tutti i casi, della distensione del setto stesso.

È facile comprendere che delle due componenti può avere effetto pienamente utile, nel senso di rompere il sepimento o sciogliere l'aderenza, solo quella orizzontale *A D*, immaginando le forze *A B* applicate tutte in giro nella parete, come è il caso naturale. Allora le *A D* si troveranno disposte a raggi intorno al centro *X* come forze orizzontali

---

(1) Breisky. « Die Krankeiten, etc., » citato, pag. 13.

(2) A. Velpeau. Loco cit.

direttamente opposte. La resistenza *X* sottoposta ad azioni contrarie dovrà cedere, o la parete, che fa capo ad essa, tendersi maggiormente. Infatti *X* dee sopportare tante trazioni, quanti sono i punti di applicazione delle forze, dirette tutte verso la periferia che sono le più efficaci per la loro direzione orizzontale, essendo questa solamente la situazione che permette loro di agire in senso direttamente opposto. Se le trazioni della parete posteriore sono più intense di quelle anteriori, ne risulterà uno spostamento indietro dell'aderenza d'apertura *X*, a trazioni equilibrate e sufficenti è inevitabile la formazione o l'ampliamento dell'apertura in *X*. Queste considerazioni meccaniche trovano conferma nell'osservazione dei fatti naturali.

Rispetto all'azione della forza *A D* non può considerarsi al tutto indifferente la energia di *A C*. S'intende che sarà maggiore *A C* o *A D* secondo che *A B* risultante sarà più vicino all'una o all'altra, cioè più o meno obliqua. Infatti, quanto più *A B* è prossimo alla verticale, tanto più energica sarà la trazione verso l'alto propria di *A C*, quanto più, per contrario, *A B* si approssima alla orizzontale, tanto più efficace sarà l'azione di *A D*. Anzi potendo immaginare *A B* coincidente colla verticale o colla orizzontale, il valore dell'altra componente rimane annientato, giacchè la risultante diventa tutt'uno colla componente verticale od orizzontale, e non è più corrispondente ai fatti naturali il ricercare scomposizioni. Riguardando presso a poco come una grandezza costante la base dello imbuto vaginale corrispondente ad una data dilatazione uterina, si può conchiudere che tanto più obliquo sarà *A B*, quanto più alto sarà *X*, o per sede primitiva o per trazioni, quindi quanto più alto il setto, tanto maggiore sarà l'influenza di *A D*. Ecco perchè a quest'ultima non è indifferente l'azione di *A C* che porta in alto il setto. Così viene per corollario che anche ad *A C* spetta un'influenza, molto indiretta, sulla rottura od ampliamento di aperture dei restringimenti.

Tuttociò porta a conchiudere che per via diretta o indiretta la forza *A B*, ossia la trazione sulla vagina delle fibre principalmente longitudinali dell'utero, è tutta utile nella rottura o scioglimento delle aderenze vaginali che si verifica spontaneamente in molti casi.

Sciolto l'ostacolo, *A D* si perde, perchè la parete vaginale assume direzioni più vicine alla verticale, si raddrizza, come fu dimostrato coi tracciati al principio di questo lavoro. A questo punto, l'azione di *A C* finora indiretta, si fonde colla risultante, ossia con le trazioni ordinarie

delle pareti vaginali, perchè *A B* rientra nella direzione normale della parete vaginale. *A C* dunque è la forza normale, *A D* quella provocata dall'esistenza di aderenze, e che si esercita in forza di queste ultime.

È da notarsi che in questo meccanesimo, in tutto corrispondente alla osservazione clinica, la vagina a confronto dell' utero ha potuto essere considerata come passiva.

In questa considerazione sono ancora possibili altri corollarii: le forze verticali riguardate isolatamente hanno per effetto anche di avvicinare le pareti situate obliquamente, quanto le orizzontali hanno quello di allontanarle. Supponendole sempre in azione isolata, che sarà tanto più limitata quanto più lontani i punti della parete, esse stirano anche in alto e tendono ad allungare verticalmente il setto (le orizzontali trasversalmente). Queste condizioni reggono fino a tanto che la parete è vicina alla verticale, allorchè per azione della stessa forza, il setto è stirato in alto, comincia a dominare la forza trasversale. Si può dunque immaginare un periodo di azione delle forze verticali precedente e a quello delle orizzontali, anche perchè al principio del parto le pareti vaginali sono meno allontanate alla loro inserzione uterina. Tutto ciò è utile alla considerazione dei setti multipli. Intanto che si opera il meccanesimo della distensione nel setto superiore, le pareti sottostanti sono stirate solo verticalmente, la distensione dell'aderenza è nulla fino a che non si rendono efficaci estesamente le forze trasversali in alto, e ciò è tanto più evidente quanto più i punti della parete sottoposta, che aderiscono, sono lontani dal sepimento che è più prossimo all' utero.

Queste considerazioni di pure trazioni del setto, efficaci e indipendenti da pressione dell' uovo sulla vagina, non sono applicabili così semplicemente nei casi pratici, dove la borsa delle acque, poi la testa, discendono sulle pareti vaginali aderenti e le distendono. Il meccanesimo però, apparentemente più complesso che viene a stabilirsi in questi casi, rimane fondamentalmente quello descritto a base di trazioni uterine sulla vagina. Le forze dirette secondo le pareti sovrastanti alle aderenze sono scomposte nella stessa maniera, solo che l' azione della componente *A C* (ascesa del setto) è arrestata per tempo dalla resistenza dell' uovo, e ridotta a mantenere il setto a contatto colla testa. Così sono cambinate l' azione di questa resistenza, utilissima al dispiegamento delle forze orizzontali, e l'azione stirante dell' utero,

sopra le aderenze vaginali. Rispetto alla pressione nei setti vaginali è opportuno fin d'ora rappresentare il confronto tra la efficacia evidente della testa, e la insufficienza delle azioni di pressione (trazioni passive) dirette dalla vulva nel più dei casi. A parte la differenza rilevante nell' intensità delle forze impegnate, fu accennato al diverso grado di distendibilità e di ampiezza dei segmenti superiore e inferiore della vagina. Applicando trazioni affidate alla pressione laterale delle valve di uno speculum, il campo di azione è molto più limitato che nel caso di pressioni dall' alto, moltiplicate sopra l'ampia superficie della testa fetale, che si traducono in trazioni sull'aderenza vaginale.

Queste ultime già descritte non possono essere imitate neppure con le pressioni estese di un colpeurynter, quando fosse raggiunta la massima distensione delle pareti, fissata dalla resistenza delle branche ischiopubiche. Infatti dall' alto, collo stesso potente meccanismo delle trazioni attive sul collo disfatto, si provoca l' allontanamento delle pareti adese con un sistema continuo di forze dal fondo uterino al polo inferiore dell' uovo. Con altri mezzi dal basso, salvo con quelli diretti di dieresi, cioè con le incisioni, le pressioni anche forti, ma in senso longitudinale e per estensione limitata, a pareti allungate fino a raggiungere la distensione massima, si sviluppano forze atte a scomporsi in forze verticali ampie e orizzontali deboli, contrariamente a ciò che fu dimostrato utile.

Tuttociò riflette l' influenza del parto sopra i setti e il suo confronto con le influenze esterne applicabili. Rispetto a quelle inverse, cioè dei setti sopra l'andamento del parto, è da richiamare ancora una volta la disposizione dei sepimenti riguardo alla vagina.

In questa disposizione la parete posteriore della loggia sovrastante al sepimento è la più larga, essa nell'andamento del parto, finchè non trova ostacolo in basso, si mantiene tale, perchè fu osservato che la parete posteriore è anche quella più soggetta a distensione. Già per questo è giustificato un paragone dei sepimenti in queste condizioni, a piani inclinati in senso opposto a quello rappresentato dal pavimento pelvico. Simile disposizione si mantiene, come per i setti superiori, che sono ritenuti i più comuni nelle primipare da Ostermann (1), anche per i setti di altri livelli se questi vengono confrontati con la termi-

(1) Ostermann. Loco cit.

nazione superiore della vagina. Altrettanto può dirsi della situazione normale dell'imene, rilevata nei preparati descritti di genitali infantili.

Se questi setti fossero così spessi o rigidi da mantenersi immodificati davanti all'urto della testa fetale, si spiegherebbe molto semplicemente un'esagerata distensione della parete posteriore della vagina, per la deviazione in addietro della risultante delle forze. Altre conseguenze facili dovrebbero essere in movimenti rotatorii abnormi della testa: tendenza a modificare il sinclitismo e la flessione normali per le aumentate resistenze anteriori, ecc. Nelle numerose osservazioni di rotture di utero e vagina, consultate nella raccolta citata di Neugebauer, si tratta infatti di setti cicatriziali, e le lesioni della parete posteriore del canale genitale sono le più frequenti. Nella maggior parte di questi casi, però, ebbe luogo intervento. Il solo caso di O'Brien è veramente caratteristico per la fistola rettovaginale che risultò dal parto spontaneo. Calderini pure (1) riferisce di una lacerazione posteriore avvenuta durante un parto spontaneo in caso di stenosi anulare della vagina.

Nel maggior numero, almeno, di queste osservazioni, si tratta di resistenze eccessive. Certamente l'andamento del parto è relativo al grado delle resistenze.

Nei casi presi specialmente in considerazione, cioè di sepimenti membranosi, altrimenti, aderenze poco estese che colla distensione foggiano a membrana la parete stirata, si è confermato, invece, frequentemente il distacco spontaneo delle pareti adese (rottura del setto). Questo avviene avanti o al principio del periodo espulsivo, oppure il setto cede senza lacerarsi e viene spinto dalla testa fino ai limiti più bassi del canale. L'utero così distende la vagina presso a poco come può distendere il proprio segmento inferiore.

In condizioni ordinarie a dilatazione completa, quando si rompono le membrane, l'estremo superiore della vagina è vicino a questi limiti: labbro anteriore uterino a metà sinfisi, labbro posteriore a livello della concavità massima del sacro [Inverardi (2)]. Sono pressochè gli stessi limiti di Breisky. Nella figura descritta di Braune, sono più bassi, ma la borsa amniotica è integra e arriva a divaricare la vulva trovandosi

---

(1) G. Calderini. « Alcuni vizi congeniti dell'apparato genitale. » *Bollettino delle scienze mediche*, Bologna, 1882, serie VI, pag. 365.

(2) Inverardi. Loco cit.

il vertice a livello dello stretto inferiore osseo (1). Dipende dal grado di estensibilità della vagina e di resistenza delle aderenze, la possibilità, per un setto altolocato, di essere spinto al fondo pelvico in movimento, rimanendo la bocca uterina nei limiti ora descritti.

La discesa del setto colla testa fino all'uscita, senza accenno di rottura, fu veduta da Künsenmuller citato, che dovette intervenire con incisioni e forcipe; Lange, citato, vide un setto altolocato con piccola apertura eccentrica a destra, dare esito al liquido amniotico e con 8 ore di dolori raggiungere la vulva sotto le spinte della testa che potè essere liberata con semplici incisioni. Nel caso di Magendie Husté citato, un setto pure altolocato, con apertura, apparve alla vulva dopo

---

(1) A proposito del contegno della vagina normale nella sua parte alta, durante il periodo espulsivo, non credo inutile riferire un caso di pluripara, il cui travaglio a termine fu sorpreso dalla morte alla fine del movimento di discesa. Il caso è avvenuto nell'Agosto 1894 nei dintorni di Bologna; debbo le poche note alla cortesia dei colleghi Rebecchi, Gherardi e Parmeggiani. Donna di 42 anni, cardiopatica. Statura m. 1,55, pelvi e genitali normali. Nel cadavere il fondo uterino è alto cm. 21,5 sul pube, devia a destra dalla linea mediana per cm. 2,7 e in avanti col lato sinistro, in modo che l'inserzione della tuba sinistra è più alta e anteriore della destra per circa 1 cm., nello stesso lato il ligamento rotondo è più teso. La metà superiore dell'utero è pallida, un solco longitudinale nella regione anteriore, la divide in due segmenti ineguali, il maggiore a sinistra, sporgente anche in addietro. La vescica, come il retto, vuota. Inciso cautamente l'utero nel mezzo e aperta la cavità amniotica, esce scarsa quantità di liquido e il feto, in sito, è così disposto: la spalla destra anteriore, a livello e a 2 cm. a destra della sinfisi pubica, la sinistra un po' più bassa e subito al lato sinistro del promontorio, dalla cui sporgenza dista 3,5 cm. Il tronco è obliquo verso destra in alto. L'arto toracico destro è tutto in avanti al petto o leggermente flesso sul gomito e sul polso a livello del quale si trova un'ansa di funicolo. L'arto sinistro un po' più flesso raggiunge colla mano l'ombellico. Anche l'arto addominale sinistro è più flesso che il corrispondente destro, forse in ragione della più limitata possibilità di spostamenti, essendo il lato sinistro il più basso. Il calcagno sinistro è a livello dell'ano e il piede è raccolto nell'angolo del poplite destro. La placenta è inserita nella parete posteriore verso il fondo e a destra. Continuando e divaricando la incisione uterina il collo e occipite appaiono su uno stesso piano. L'orecchio destro contro la sinfisi pubica, il sinistro dista 2,5 dal promontorio a sinistra. La testa abbastanza fissa permette di spostare il tronco per rendere accessibile il mento che a un livello assai più alto del promontorio guarda la sinfisi sacro-iliaca destra. L'orlo uterino arriva al livello ordinario. La mano si può affondare comodamente entro la vagina dallo stretto superiore, molto più a sinistra che a destra. All'esplorazione dalla vulva risulta che la testa poggia contro il piano perineale assai deprimibile, la grande fontanella molto in alto a destra del coccige, l'occipite basso e in avanti della tuberosità ischiatica sinistra. Approfittando di un caso eccezionalmente favorevole all'esperimento, con pressioni lungo il piano disegnato dalla colonna vertebrale e dal diametro bisacromiale, la testa fu veduta rotare normalmente, estendendosi, giacchè durante la rotazione il mento si abbassava. Non fu permesso il congelamento. Il caso poteva esser fecondo di ben altri ammaestramenti.

12 ore di travaglio e si ruppe per azione delle forze ausiliarie, trovandosi già estremamente assottigliato.

Qualunque sia la estensione assunta in questi casi dai limiti della vagina, può affermarsi intanto che essi sono contenuti entro i confini della regione descritta come « vaginale » nel canale del parto a proposito dei tracciati, ad eccezione di quelli inferiori che invadono il territorio del canale vulvare. I casi in discorso sono quelli di media entità dove spesso occorre l'intervento, giacchè nei primi che terminano colla rottura spontanea a distensione incipiente può appena parlarsi di distocia. Tra questi ultimi si contano anche casi di sepimenti cicatriziali, come quelli di Richardson e parecchi di Rosshirt, accennati da Neugebauer. Le deviazioni nei fenomeni meccanici possono essere inapprezzabili. Quando un setto altolocato discende profondamente, è la borsa amniotica prima, quindi in differente grado la testa che distende le pareti vaginali adese. La estendibilità di queste ultime è relativa al grado di elasticità del tessuto e all'attrito sviluppato tra il medesimo e la parte fetale a sua volta proporzionale alla pressione. Qui l'attrito colla forma della cavità chiusa o semichiusa davanti al feto, può spiegare assai maggiore influenza nel senso di attrarre nella distensione nuovo tessuto vaginale che in quei casi di primipare dove colla testa discende la vagina [Fritsch (1)].

Rispetto alla possibilità di inclinazioni nella discesa della testa, di rotazioni precoci, anzitutto sacrali, non risulta nulla di chiaro dalle osservazioni cliniche della letteratura o per la descrizione o per l'intervento che ha turbato l'andamento distocico del travaglio.

Quello che è confermato dall'osservazione clinica si è che i setti lasciati a sè e non pervenuti a rottura, raggiungono la vulva. Essi ripetono fino a un certo limite, l'aspetto di un perineo cedevole nel suo segmento cocci-anale, che incappuccia la testa. Per trovare un termine di paragone in istudii precisi, si possono confrontare coi casi di inclinazione posteriore del pavimento pelvico, descritti da Inverardi, citato (p. 147): « il capo scendendo nello scavo in modo regolare, ne segue l'asse in modo che la parte centrale del capo coincide col centro del fondo pelvico, e la vôlta cranica comprime il fondo stesso tutto all'ingiro del suo centro e per una superfice corrispondente alla sua

(1) E. Fritsch. « Operations obstétricales. » Trad. francese.

estensione. Ma la parte anteriore del pavimento pelvico, essendo mobile e cedevolissima, dovrà abbassarsi immediatamente e di più che la parte mediana e la posteriore. »

Così è invertita l'inclinazione del piano, primitiva, cessando di essere ragione di rotazione sacrale. Quest'ultima fu già ritenuta infrequente nei casi di sepimento: questi tuttavia offrono almeno una lontana analogia pel fatto delle resistenze opposte sulle prime dalle pareti vaginali adese, alla resistenza del perineo posteriore che è incontrato dalla testa. In conseguenza è avviato propriamente un conflitto tra il segmento cocci-anale principalmente del pavimento pelvico e la parete anteriore e posteriore vacuali, impegnate nel setto.

Varnier (1) ha descritte anche nei casi normali dei rapporti simili fra i segmenti retro e ante-anale, e l'importanza maggiore del primo nella resistenza al progresso della testa. Carbonelli (2), pure considera il pavimento detto (quantunque un tutto unico costituito dall'elevatore dell'ano, principalmente), diviso in una porzione attiva (cocci-anale) che colla sua resistenza cede lentamente alla presentazione e influisce direttamente sul meccanesimo del parto, e una passiva anteriore che subisce l'influenza della parte presentata e si lascia distendere con scarsa resistenza fino al suo limite massimo di elasticità. Nel paragone istituito, il perineo posteriore è ancora il medesimo, le differenze sono nell'altro elemento in lotta, cioè la parete impegnata nel setto, che è più debole del perineo anteriore, ma situata più sfavorevolmente rispetto alla presentazione, perchè più alta e più direttamente opposta all'asse di uscita. Nei rapporti meccanici è indifferente che il setto sia perforato o no, a meno che, davanti ad una forte resistenza non si provochi a livello dell'apertura un tumore di parto che, modificando la forma della presentazione, possa influire sul meccanesimo dei movimenti.

Oltre la influenza dei sepimenti sfavorevole alla discesa della parte presentata, ovvia ad immaginare, perchè opposta direttamente alla risultante delle forze espulsive, vi sono dunque nuove influenze da studiare rispetto a modificazioni possibili del meccanesimo del parto, allorchè alle resistenze abnormi dei setti si aggiungono quelle normali del perineo in distensione. A proposito dell'antagonismo accennato tra

---

(1) Varnier. « Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical. » Paris, 1888.

(2) Carbonelli. Loco cit.

il sepimento e perineo (principalmente) posteriore deve essere ricordato anche la figura mutata del setto stesso (modellato sulla testa che man mano progredisce). Le nuove influenze tendono manifestamente, in ogni caso, a restringere il campo della rotazione interna, limitandola principalmente ne' suoi elementi del progresso e della estensione.

Le resistenze abnormi chiudono la cavità proprio dove normalmente è la resistenza minima, in avanti dove l'occipite deve progredire rotando, e anche in alto dove lo stesso si dirige normalmente estendendosi la testa (Inverardi). Resistenze abnormi e attriti forti fanno dunque rientrare questi casi nelle condizioni riconosciute sfavorevoli alla rotazione ed al progresso del parto. Perciò nel caso di aderenze eccessivamente tenaci ed estese è da ammettere quale conseguenza più comune la mancata rotazione con l'arresto del travaglio. Se in questi restringimenti della vagina non si hanno le conseguenze così precise e caratteristiche dei restringimenti pelvici, come nei due tipi del bacino piatto e di quello uniformemente ristretto, l'arresto con mancata rotazione è però forse uno dei fatti più costanti del genere dei setti in discorso. L'analogia più spiccata è quella affermata coi casi di deficente od invertita inclinazione del pavimento pelvico, dove il conflitto delle resistenze fa pendere incerti sopra il determinarsi della rotazione sacrale o di quella pubica che all'ultima è seguita perchè la resistenza del perineo posteriore vince. La stessa vince pure i setti vaginali determinati da aderenze non troppo tenaci od estese, colla rottura delle quali il travaglio può rifarsi normale, poichè anche a livello del restringimento il canale diventa tosto normale.

È molto facile a comprendere la scomparsa totale dei sepimenti dopo la rottura; essa è possibile del resto solo nei casi dove la presenza di tessuto cicatriziale non è apprezzabile. Secondo i concetti già stabiliti sulla costituzione dei sepimenti, è da ritenere che avvenga col solito meccanesimo della rottura spontanea. In questo, infatti, fu osservata l'azione delle trazioni verticali, utile a far riprendere alla parete l'atteggiamento normale, anche quando sono cessate le trazioni orizzontali. Con tale azione concorre l'influenza della elasticità, tanto più efficace quanto meno prolungati o ripetuti furono gli stiramenti, e che deve considerarsi perduta nel tessuto sodo di cicatrice. A provocare la scomparsa del setto, la pressione diretta del feto (durante il passaggio) sulla zona previamente aderente, sarebbe insufficente se il

fenomeno della scomparsa non fosse avviato dalle altre influenze, tra le quali il raddrizzamento dei fasci muscolari (dimostrati ripiegati coll'esperimento) è forse il fatto più facile ad immaginare. Certamente per coloro che hanno creduto i setti un tramezzo neoformato, fatti simili alla scomparsa, debbono ritenersi più facilmente l'effetto di attiva involuzione puerperale.

La prova clinica in appoggio dei concetti sostenuti intorno alla costituzione dei setti ed anche alla scomparsa è data da Zweifel (1), quando osserva che le lacerazioni spontanee non sono di regola profonde, e non arrivano al connettivo perivaginale sotto forti contrazioni. Il tessuto infatti non è costituito in setto che per l'influenza stirante dell'aderenza, tolta la quale rientra normalmente nella parete vaginale di cui fa parte. La lacerazione non può impegnare che il connettivo superficiale, eccezionalmente la muscolare (nelle aderenze estese), ma il connettivo perivaginale è immune da stiramento, come fu dimostrato coll'esperimento del setto artificiale.

Le conseguenze dei sepimenti inferiori della vagina debbono essere alquanto diverse da quelle notate a proposito dei setti altolocati, per le differenze fisiologiche di resistenza della parete del segmento superiore vaginale da quella del segmento inferiore, specialmente antero-inferiore. La estensibilità dei setti è certamente più limitata. La conseguenza più semplice da supporre è che sia anche più limitato il progresso dell'occipite dal livello del setto in avanti. Il meccanesimo del resto è del tutto simile a quello verificato nei setti altolocati ed offre molta analogia con gli esempi citati di perineo posteriore cedevole, sopratutto col caso di eccessiva resistenza dell'anello vaginale, o imeniale di Budin. Byford (2) infatti ha descritto lo stiramento subìto dall'indietro all'avanti da parte del perineo per la testa che avanza, perchè l'orificio esteriore rimanendo rigido, la commessura vulvare posteriore viene innalzata, invece che abbassata, così il tessuto perineale è spinto davanti alla testa, senza liberarsene.

Se si calcola la suscettibilità di stiramento del tessuto sovrastante alla apertura vulvare che normalmente costituisce il tetto del canale

---

(1) P. Zweifel. Loco cit.

(2) Byford. « The production and prevention of perineal dilaceration during labour. » *Journ. of the Americ. med. Ass.*, 1886. V. Carbonelli, loco cit.

vulvare del parto, il paragone col setto diviene anche più completo, perchè l'apertura del pavimento pelvico può rappresentare quella eventuale del setto. Anche in questo caso esiste un conflitto tra il segmento posteriore e l'anteriore del perineo (nel senso rigoroso espresso sopra), come nel caso di setti vi è lotta tra lo stesso segmento posteriore e le pareti vaginali adese. Queste ultime per la direzione notata nei setti agiscono ancora sopratutto dall' avanti e dall'alto, quantunque tali resistenze dovessero apparire uniformemente distribuite, per le aderenze che legano abnormemente il segmento pubico e sacrale del pavimento pelvico. Le conseguenze, oltre quella notata a riguardo del progresso della testa, saranno sempre relative ai movimenti che si compiono normalmente in questi tratti a canale libero; e che sono diretti essenzialmente a disporre il diametro maggiore della testa parallelamente agli assi del canale. Questo parallelismo va perdendosi nel tratto vulvare come fu dimostrato da Inverardi, per l' urto del collo contro i pubi che impedisce il progresso dell' occipite in basso e avanti, tanto che la testa si estende.

È da rilevare ancora che le saldature vaginali, secondo le leggi del contatto già riconosciuto, e quanto più tardiva l'epoca di loro origine (per la nota figura della vagina chiusa), tanto più facilmente sono disposte in direzione trasversale. E questa disposizione di aderenze restringendo lo spazio nel senso antero-posteriore a preferenza che nei lati, parrebbe dover concorrere a limitare il campo all'estensione della testa. Ora è da chiedere se, essendo limitato il progresso e la estensione, sia possibile la rotazione interna. Si deve ammettere, perchè in avanti il campo è necessariamente più libero che nei casi precedenti, quantunque sia resa ancora difficile dalla deficenza degli elementi favorevoli.

Quanto all' estensione che il collo trattenuto dal pube, provoca necessariamente avanti l' uscita della testa, essa è dunque limitata dalle resistenze anteriori e superiori, con vantaggio delle pareti opposte del canale, ma a scapito delle forze espulsive.

Così, in grado diverso, sono le stesse leggi che dominano la distocia vaginale in tutti i segmenti del canale. Avendo riconosciuta la analogia della disposizione dell'imene con quella dei setti sopradiscussi, ho ricercato nella letteratura delle distocie imeniali, degli elementi atti ad illustrare i fenomeni meccanici del parto nei sepimenti della

vagina inferiore, perchè in quei casi sono più accessibili all' osservazione. Nel lavoro più recente in proposito che appartiene a Guérard (1), è dichiarata incompleta la statistica di Achenbach (2), sulla quale si basa il lavoro di Ahlfeld (3). Per essa si conterebbero appena 25 casi di distocia imeniale in questo secolo, ai quali Guérard ne aggiunge altri osservati nell' Istituto di Martin. Descrive l' imene disteso dalla testa in forma di tumore grosso come pugno, che si rompe spontaneamente sotto l' azione delle forze ausiliarie, ma presenta una deficenza assoluta di dati relativi alle modificazioni plastiche della testa fetale, che possono ammaestrare sul meccanesimo seguito. Egli crede costantemente necessarie le incisioni prima ancora del parto. Maggiori ammaestramenti non si possono ricavare da altri lavori (4 e 5) relativamente alla meccanica del parto. Un caso di distocia imeniale occorso alla Clinica ostetrico-ginecologica di Bologna (cartella 132.ª 1890), conferma indirettamente, i principii esposti sopra l' influenza dei setti vaginali nel parto, e che si riassumono in mancata od incompleta rotazione interna, progresso ed estensione rallentati. Il caso concerne una Ipara a termine di anni 39. Pres. di V. O. S. A. Entra dopo l'emissione delle acque avvenuta traverso una piccola rottura nel quadrante inferiore destro dell'imene atresico ed ipertrofico, ora teso davanti alla testa. Sbrigliamento digitale traverso la rottura e rapida espulsione spontanea di un feto maschile asfittico rianimato (gr. 3200), dopo 15, 45 ore di travaglio. I fatti plastici singolari rappresentati nella testa del feto morto dopo 2 giorni con fenomeni di compressione cerebrale, e del quale ho praticato l' autopsia, sono estremamente interessanti; la regione occipitale e tutto il resto della convessità superiore della vòlta sono isolatamente trasformati in due superfici pianeggianti separate da uno spigolo acuto diretto da dietro in avanti e da sinistra a destra, che fa capo ad angoli solidi dei quali è apprezzabile specialmente quello collocato sul parietale destro, per la forma assunta dalle ossa

---

(1) Guérard. « Schwang. u. Geb. b. unduchbort. od. nur mit ei gering. Oef. versch. Hymen. » *Monats. f. Geb.*, Juli 1895, S. 28.

(2) Achenbach. « 25 Fälle, v. Schwang. u. Geb. b. unduchbort. Hymen. » Diss. inaug., Marburg, 1890.

(3) Ahlfeld. « Geb. b. nah. verschloss. u. resist. Hymen. » *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1891.

(4) Fabre. *Gaz. méd. de Paris*, n. 46, 1881.

(5) Charpentier. *Nouv. arch. d'Obst. et de Gyn.*, Janvier 1886.

e per un tumore di parto appena accennato. Così tutta la regione anteriore descritta della vôlta ha assunto una figura approssimativamente quadrangolare. Questi fatti, in mancanza dell'osservazione diretta del parto, e con l'appoggio dell'anamnesi, non ammettono altra interpretazione possibile che la seguente:

L'anamnesi riferisce di una fuoruscita violenta e abbondante di acque amniotiche traverso la rottura descritta nel quadrante inferiore destro dell'imene, cui seguì afflosciamento, poscia ricomparsa del tumore colla testa. Verosimilmente, il liquido incompressibile, per la resistenza dell'imene e senza possibilità di reflusso, poichè le contrazioni furono sempre valide, si è trovato chiuso entro una cavità maggiormente sviluppata in basso, e dove le pareti a un dato momento, hanno assunto un grado massimo di tensione. La cavità doveva essere maggiore in basso per la disposizione ordinaria, dimostrata, dell'imene. La pressione del liquido ha potuto rendere pianeggiante in avanti la vôlta cranica, sotto l'influenza delle contrazioni, mentre essa poggiava non peranco rotata, contro le branche ischiopubiche. Di queste la sinistra, secondo la posizione confermata dell'occipite, ha determinato lo spigolo descritto, e l'angolo destro più prominente è stato prodotto dalla sommità dell'arco sottopubico, intanto che l'occipite era appianato contro la superficie posteriore dei pubi. Avvenuta la rottura, nel tratto meno resistente, e lo svotamento del liquido, la testa ha guadagnato lo spazio, discendendo finalmente l'occipite, ma senza i movimenti normali, per la nuova forma assunta dalla testa. Questa seguendo però necessariamente la legge dell'adattamento dei diametri, è venuta ad occupare coll'angolo solido più sporgente la sede della rottura che ha permesso la formazione del piccolo tumore di parto, e collo spigolo è caduta nella parte bassa. Non è ammissibile che il tumore di parto si fosse formato in precedenza e coll'utero. Così la influenza diretta su questo meccanismo è dovuta sopratutto al liquido amniotico che, per le sue proprietà di mezzo incompressibile, ha potuto rappresentare un setto vaginale rigido e come tale provocare la mancata rotazione. La estensione che è mancata all'ultimo non è in questo caso, se non la conseguenza mediata del setto, perchè direttamente è dovuta alla forma assunta dalla testa che, già per sè, richiedeva movimenti diversi da quelli ordinarii. Di queste possibili influenze del liquido amniotico in casi di setti vaginali atresici non era stata tenuta parola prima, per

la grande frequenza delle rotture o delle aperture parziali nei setti prossimi all'utero [Charpentier (1)].

Fu dimostrato il meccanismo della scomparsa dei setti, mediante stiramento delle pareti vaginali nel parto. Questo capitò pure nel primo dei casi da me osservati, senza che io potessi ritrovare traccia del sepimento dopo 2 settimane di puerperio. Simile evento, che verosimilmente è la regola nei casi dove non esistono cicatrici apprezzabili, è stato riconosciuto e ammesso come normale nei casi di setti congeniti, dagli autori che ritengono congeniti tutti i sepimenti dove non è evidente la presenza di tessuto cicatriziale. Non mancano tuttavia osservazioni di setti ritenuti congeniti dove si verificò recidiva: Delaunay, citato, dopo 4 giorni dal parto spontaneo trova le tracce di un setto altolocato; e dopo 8 giorni lo trova rifatto in avanti e a destra come valvola semilunare. Si trattava di Ipara di 24 anni. Magendie Husté in una Ipara di 29 anni, dopo 12 giorni di puerperio vede il setto rifatto in parte (in avanti specialmente) con orificio a orlo duro e cicatrizzato che ammette appena il dito indice. Si tratta però, con tutta probabilità, di aderenze originatesi nella vita estrauterina. Queste recidive si verificano a breve distanza dal parto nei casi osservati: così nel caso di Kessler (2) nel 17.° giorno di puerperio il restringimento non ammetteva più il dito, in quelli di Küstner (3) dopo 2 parti operativi per setti, le recidive furono riconosciute al 10.° e 15.° giorno, rispettivamente. Quantunque in puerperio le condizioni del contatto di pareti e riposo (pressochè eccezionali del canale vaginale) non siano da paragonarsi a quelle di altre epoche, ad es. di quel canale precedente alla pubertà, tuttavia l'esperimento del setto artificiale ha dimostrato che bastano tratti aderenti poco estesi per stabilire colla distensione, l'aspetto di un setto completo. Su qualche osservazione fu ritenuto che il setto, senza lacerarsi, abbia dato passaggio al feto, come in quella di Chailly e Dubois (4) dove è descritto l'aspetto del sepimento 15 giorni dopo il parto di una sedicenne, che non aveva lacerato ma disteso il pertugio « ora ritornato su sè stesso come la bocca uterina

---

(1) A. Charpentier. « Traité, etc., » citato.

(2) Kessler. *Berlin. Klin. Woch.*, 1887.

(3) Kuestner. « Beitrag zur Therapie der Narbenstenoten der Vagina. » *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XVIII, 1890.

(4) Chailly Honoré. Loco cit.

dopo il parto. » Mentre casi simili sarebbero da confrontare con quelli di imene ad apertura eccezionalmente dilatabile [P. Müller (1)], fanno pensare che si tratti di adesioni ripetute in maniera poco apprezzabile. Ma può anche mancare completamente l'adesione in puerperio e tuttavia possono rimanere le tracce del setto, come osservò Cazeaux (2), che potè constatare 3 lembi separati anche dopo 15 giorni dal parto. È da ritenere che un tessuto connettivale stirato e organizzato in parte a forma di membrana cicatriziale costituisse questo setto. Anche in questi casi però i resti del sepimento debbono partecipare, come le pareti vaginali, ai processi involutivi comuni del puerperio. I lembi possono essere eliminati con meccanesimi eccezionali: nel caso di Roy de Langevinière (3) dopo la dilatazione spontanea del restringimento ed estrazione della testa col forcipe, in 4.ª giornata ebbe luogo puerperio febbrile per gangrena dei lembi e guarigione assolutamente senza traccia.

In genere le adesioni in puerperio saranno tanto più facili, quanto più vasti i tratti cicatriziali che rendono necessarie lacerazioni più estese. Per queste lacerazioni e la contusione precedente del tessuto, i setti debbono esercitare influenza sul puerperio, ma nei casi scelti a tipo, questa influenza deve essere nulla all' infuori di leggiere lesioni che non hanno maggiore significato di quelle comuni del collo uterino e della forchetta. Tuttociò apparirà, in maniera più precisa, nelle prossime esposizioni di casi, dove è anche espressa la influenza sul feto.

Ancorchè risultino eccezionali le conseguenze del caso riferito di distocia imeniale, rispetto a fenomeni plastici, non è da dubitare che fatti plastici interessanti debbono verificarsi di frequente nei casi di sepimenti, senza che nella letteratura ne appaia traccia: certo la loro indagine è molte sottile, perchè le influenze in discorso non possono essere tanto semplici, caratteristiche nè costanti come in caso di ostacoli ben definiti e immutabili quali sono nella loro maggioranza i vizii pelvici. Anche rispetto alle altre possibili conseguenze sul feto, manca assolutamente il paragone con ostacoli della trafila ossea, infatti l'ostacolo alla progressione del feto è opposto in tutti i punti e si può im-

---

(1) P. Mueller. « Die Krankeiten, etc., » citato.

(2) Cazeaux et Tarnier. Loco cit.

(3) Roi de Langevinière. V. Neugebauer, loco cit.

maginare che le risultanti delle resistenze svolte su tutta la superfice del canale atresico (perpendicolari alle tangenti delle rispettive superficie curve) siano dirette dal basso e dai lati verso il centro del capo. Non vi ha luogo a compensi di sorta, se non nella direzione retrograda che è, a sua volta, dominata dalla pressione uterina. È certo insufficente il compenso di una ristretta apertura del setto, in ogni caso questa dà invece esito al liquido amniotico. I danni del soggiorno prolungato della testa al piano perineale fanno, di leggeri, ammettere l'influenza disastrosa di una compressione così estesa, insieme a quella derivante dalla riduzione prolungata della cavità uterina (per gli scambii placentari). Simili condizioni (che appartengono però ai gradi massimi) sembrano anzi le più adatte a provocare la forma di asfissia da compressione (1), e trovano, per via indiretta, un riscontro nei casi di generale difetto di resistenza della cavità cranica, in travaglio (2). Tali forme possono rientrare nel quadro delle lesioni endouterine, trattandosi di cavità chiusa, continua coll'utero, che la comprende quasi in totalità.

È certo che le conseguenze saranno tanto meno sensibili, quanto più sottili le aderenze, e questo importa più che la sede. Anche rispetto a quest'ultima però, la sentenza di Staude (3), che la prognosi del feto è tanto meno fausta quanto più altolocata è la stenosi, non può essere accolta che pel criterio della accessibilità all'intervento, poichè fu già riconosciuto che i setti più vicini all' utero offrono minore difficoltà alle rotture spontanee.

Avendo paragonata l'influenza di questi ostacoli nel parto a quella dei vizi pelvici e rilevate le differenze di impedimenti laterali e trasversali al progresso della parte presentata, torna naturale richiamare il paragone con ostacoli laterali risedenti nelle parti molli, rappresentati, nel modo più regolare, dai sepimenti longitudinali della vagina. È facile istituire questo confronto perchè le statistiche relative furono raccolte da P. Müller (4). Questi raccolse nella letteratura 17 casi di parto in vagina doppia, accuratamente descritti, e trovò il setto conservato una sola volta, però osserva che in relazioni sommarie di os-

---

(1) Cuzzi. Loco cit., pag. 390.

(2) Tibone. « Atti del XII Congresso medico. » Pavia, 1887.

(3) Staude. *Centralbl. f. Gyn.*, n. 13, 34, 1893.

(4) P. Mueller. « Die Krank.. » citato.

servatori autorevoli è spesso segnalata la conservazione della membrana dopo il parto. Nei 16 casi rimanenti, 3 volte ebbe luogo il parto spontaneo, 8 volte occorse la divisione della membrana o setto. In tutti i casi di divisione spontanea o artificiale di quest' ultimo ebbe luogo emorragia. Questo è notevole perchè nei casi di setto trasversale, per la differente costituzione, l'emorragia è scarsa. In 3 casi forcipe, in uno dei quali, anche, incisione del tramezzo. In un caso di presentazione di natiche, dopo la incisione della briglia occorse l' abbassamento di un piede e la estrazione. Una volta sola perforazione, ma coesisteva un vizio pelvico. Confrontando con un' altra sua statistica di 38 casi di sepimenti trasversali, risulta che il numero degli interventi di entità nei setti longitudinali raggiunge appena il 29 0[0, nei trasversali il 39 0[0. Quanto agli interventi minori, come le incisioni, che sembrerebbero verificati in maggior copia in casi di raddoppiamenti vaginali, è da ricordare che lo stesso autore ha dichiarato come in tutti i casi di parto spontaneo la lacerazione del sepimento trasversale, più o meno esteso, è costante, mentre da descrizioni più succinte ha potuto assicurare la integrità del setto longitudinale dopo il parto, ciò che può anche rappresentare un argomento assai preciso in favore di una minore resistenza offerta al parto dai setti longitudinali in confronto coi trasversali, che costituiscono d'altro lato una indicazione ad interventi maggiori. Anche E. Hubert (1) dichiara che le briglie trasverse a mezzaluna e i diaframmi con apertura centrale costituiscono ostacoli più serii che i setti longitudinali.

Ricercando ancora elementi atti a segnalare altre influenze dei setti, non risulta dai casi raccolti, che vi si possano riconoscere rapporti con la presentazione. Così nella raccolta di Neugebauer, citata, capita un caso solo di presentazione di spalla, di Doberty. Delle altre presentazioni, all' infuori del vertice, quello di faccia dallo stesso Doberty, la podalica fu osservata da Doléris, alla quale si debbono aggiungere il caso di Rizzoli (2) e quello di Miranda (3), dovè è ripetuta in due gemelli. Di gravidanze gemellari, oltre questa, ne compaiono due nella raccolta citata. Quivi pure sono riferiti, tra le complicazioni,

---

(1) E. Hubert. « Accouch. et Deontologie méd., » 1892.

(2) V. più avanti la raccolta di casi.

(3) Idem.

due casi di prolasso dell' utero appartenenti a Danyau ed Hennig. In quest' ultimo è notevole che la strettura ha potuto trattenere le spalle dopo partorita la testa, nel primo il prolasso si era reso manifesto a metà di gravidanza, e si ripetè dopo il parto insieme alla stenosi vaginale. Le recidive nelle aderenze vaginali sono infatti frequenti, allo infuori dei casi dove manca un tessuto cicatriziale apprezzabile, anche se le lacerazioni non furono estese, come è probabile per l'emorragia ordinariamente scarsa. Nella raccolta ricordata l'eclampsia complica tre volte il parto, nei casi di Solman-Neugebauer, Staude e Debrou; nel primo fu accertato anche un vizio pelvico. I vizii detti che complicano così frequentemente il parto nelle pluripare con restringimenti vaginali, sono anche spesso, come fu osservato, la causa dei restringimenti stessi.

Più importante dei fatti riferiti è che i setti incompleti, falciformi, sono talora cause di distocia al pari di quelli completi. Così avvenne nel caso di Kennedy (1) dove la piega semilunare potè trattenere la testa. In un altro caso dello stesso Kennedy, di duplice setto, fu ritenuta sufficente l'incisione del più basso, quello superiore essendo, verosimilmente incompleto e dilatato da far sperare il parto spontaneo a confermare l'opinione citata di Charpentier che i setti siano tanto più facilmente aperti quanto più vicini all' utero, e il meccanesimo sopraesposto dell'apertura nei setti multipli. La dilatazione tuttavia doveva essere insufficente, poichè si verificò la rottura del setto rettovaginale.

(Continua).

---

(1) E. Kennedy. *Dubl. Journal of med. sciences*, n. 46, 1839.

BIBLIOGRAFIA

J. CLARENCE WEBSTER. — **Practical and Operative Gynecology.** — Edinburg, 1896.

Sotto questo titolo J. Clarence Webster pubblicava lo scorso Settembre un volume di pagine 295 con 54 incisioni intercalate nel testo. L'autore, nel lasciare la sua *Alma Mater* in medicina, dopo tredici anni di lavoro indefesso e proficuo, ha voluto con questo piccolo, ma interessante volume ancora una volta dimostrare la sua attività scientifica. Il libro del Webster è diviso in tre parti e la sua impronta eminentemente pratica lo rende utile ai giovani ginecologi ed agli studenti.

Nella prima parte l'A. s'intrattiene di tutti i mezzi necessari per la diagnosi ginecologica a cominciare dall'anamnesi, dall'esame fisico, *per vaginam,* bimanuale, rettale e vescicale per arrivare ai dilatatori, alla *curette* ed all'aspiratore. Di questi ultimi, potendo essi servire ad un tempo e come mezzi diagnostici e come presidii terapeutici, l'A. discorre più a lungo.

Nella seconda parte sono trattati tutti i rimedi della ginecologia minore, dalla doccia vaginale, al tamponamento, dall'uso dei bagni a quello del massaggio, delle fasciature addominali, dei pessari, dell'elettricità, degli antisettici e degli anestetici.

La terza parte è occupata dai metodi operatori indicati nei vari processi morbosi della sfera uro-genitale.

Un capitolo speciale è destinato alla laparotomia, alla sezione vaginale tanto raccomandata in questi ultimi tempi dal Martin, ed alla gravidanza ectopica.

Il trattato del Webster è pieno di nozioni tanto necessarie per il buon esito delle operazioni ginecologiche; da questo punto di vista può dirsi un libro veramente utile ed esso non potrà mancare nella biblioteca di coloro che si dànno all'esercizio della ginecologia e dei medici pratici.

Prof. G. Emilio Curàtulo.

Prof. **Luigi Mangiagalli,** *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIX. Novembre 1897. Num. 11.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

I SETTI TRASVERSALI DELLA VAGINA

SOTTO IL RAPPORTO DELLA ORIGINE CONGENITA, DELLA PROIEZIONE VAGINALE E DELLA IMPORTANZA OSTETRICA

STUDIO CLINICO-SPERIMENTALE

PEL

Dott. CARLO FERRARESI

COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND LIBRARY 14 DEC 97

(Continuazione, vedi pag. 799).

Prognosi e intervento.

Dalle condizioni descritte è possibile formare il concetto che il maggior numero delle estese aderenze cicatriziali sia compreso tra i casi distocici più gravi per la madre e per il feto, mentre nei setti membranosi, così facilmente interpretati finora come congeniti, il pronostico è per lo più fausto. In rari casi, è provata la tolleranza estrema della donna verso il ripetersi dell'atresia o stenosi cicatriziale. Così basti il caso di Strecker (1) che osservò una donna di 35 anni colpita da restringimento vaginale dopo il primo parto di feto morto, cui seguì il secondo parto un anno dopo con gravi difficoltà. Nella terza gravidanza (gemellare) la vagina era diventata atresica, dando luogo al coito uretrale. Peraltro il parto fu spontaneo. In un quarto parto finalmente entro la cicatrice appariva una piccola apertura con anello spesso mezzo pollice. Con incisioni e forcipe si ottenne un feto asfittico. Meglio ancora, la donna di Buttler (2) operata di atresia imeniale e vaginale, rimase incinta e nel primo parto dovette subire sbrigliamento e perforazione, nel secondo il forcipe, nei tre successivi parti ebbe i nati vivi. Ma più spesso per le vicende dei processi cicatriziali, si arriva a gradi insormontabili di atresia o stenosi, che richiedono interventi

(1) STRECKER. V. Neugebauer, l. c.

(2) BUTTLER. *London Med. Gaz.*, XX, p. 585, 1837.

sempre più gravi, l'operazione cesarea o la Porro, mentre il rammollimento gravidico e la distensione del parto non possono esercitare che una influenza insufficiente, con aderenze estese. Invece nei gradi minimi e anche medî, tutti gli autori sono d'accordo sulla possibilità di guarigione spontanea dei setti nel parto o perfino in gravidanza. Certo vi sono compresi tutti i casi di setti membranosi detti congeniti.

Delore e Lutaud (1), Th. Lusk (2) dichiarano che i setti costituiscono ostacoli minimi che cedono alle influenze naturali della gravidanza e del parto. Il parto è prolungato. Schröeder (3), Spiegelberg (4) e Zweifel (5) si preoccupano, chi più chi meno, della distensione ineguale, come nel caso di cicatrici unilaterali. Le lacerazioni sono ordinariamente superficiali, e i setti superati spontaneamente. E. P. Davis (6), come Cazeaux e Tarnier (7), ammette così grandi le possibilità della natura da terminare per le vie naturali casi in apparenza disperati. Davis riconosce che l'elasticità non dee essere eccessiva nelle pareti, giacchè, continuando la distensione, la testa non può liberarsi dal setto. G. A. Braun (8) come Chailly (9) non vede, però solo in casi ordinarii, un notevole impedimento nei setti. Il secondo teme specialmente l'insufficenza delle contrazioni uterine. Può riassumere tutti Pozzi (10) che dice essere spesso reso inutile l'intervento per le modificazioni naturali del travaglio. Kaltenbach (11) ammetteva inoltre una dilatabilità elastica dei setti sufficente al passaggio. Contrariamente a Joulin (12) che riconosce la cedevolezza della atresia anche cicatriziale, nel parto. Otto v. Herf (13) ammette setti congeniti che non cedono sotto le pressioni del parto. P. Müller (14), che è forse il più

---

(1) Delore et Lutaud, l. c.
(2) Lusk, l. c.
(3) K. Schroeder, l. c.
(4) Spiegelberg, l. c.
(5) Zweifel, l. c.
(6) P. Davis, l. c.
(7) Cazeaux et Tarnier, l. c.
(8) G. Braun, l. c.
(9) Chailly Honoré, l. c.
(10) Pozzi, l. c.
(11) R. Kaltenbach. « Lehrbuch » citato.
(12) Joulin, l. c.
(13) Otto v. Herf. « Trattato di tecnica operativa ost. » Trad. Rossi-Doria. Roma, 1895.
(14) P. Mueller. « Die Kran. e Handbuch, etc. »

competente per gli studi accurati e le statistiche a proposito dei sepimenti vaginali, già accennati, regola la prognosi del parto allo spessore della membrana, alla rigidità del tratto stenotico e al grado del restringimento.

A completare il quadro della entità clinica dei setti e ottenere linee più sicure e precise di prognosi e di cura, giova sovratutto la ricerca accurata delle osservazioni nella letteratura. Le difficoltà che si incontrano in simili ricerche sono già note per quanto fu riferito a proposito dei raccoglitori di casistica da Puech a Neugebauer. Intenzione era di riferire, esclusivamente e per disteso, le osservazioni concernenti i sepimenti membranosi, i così detti congeniti, i soli veramente tipici; ma è difficile, talora impossibile discernerli in mezzo alla sparsa e confusa letteratura, dove spesso si rimane all'oscuro della descrizione anatomica dell'ostacolo. Nelle riviste e anche nelle fonti originali difettano talvolta alcuni fra i più elementari dati, come quelli relativi al feto, l'età, il numero di parti precedenti. Anche limitando la quantità dei dati, non riesce di poter riunire una ingente quantità di osservazioni, per non incorrere in un soverchio difetto di quelli. Infatti il numero di dati è fatalmente in proporzione inversa col numero dei casi. Ho però osservato che un elemento che domina ed è costante in tutte le relazioni è quello della cura. Io ho creduto approfittarne perchè ad esso si lega, entro certi limiti, l'andamento del parto, l'entità del caso. È per questo anzi che la esposizione della casistica fu differita fino ad ora. Approfittando anche di casi appena accennati, ne furono raccolti, coi criterii stabiliti, 163 attinti alle monografie e trattati citati, sopratutto alla compilazione di Neugebauer, più ricca di tutte le precedenti (1), oltre tre casi di mia osservazione (uno in gravida). Oltre la metà (90) di essi sarà distribuito in tavole, dove i rimanenti non possono comparire in causa della deficenza di dati. Tutti però contribuiscono ugualmente alle percentuali più importanti. Il criterio dominante in una scelta di casi che senza di esso, poteva essere molto più ricca, si fonda sopra lo spessore del setto, inteso secondo il concetto già definito. Restringimenti o atresie debbono far assumere l'aspetto e lo spessore membranoso alle pareti adese colla distensione. Già entro

(1) Furono consultati, oltre le monografie e i trattati citati, per indirizzo alle ricerche della casistica, l'« Index catalogue, etc. » di Washington, 1886 e l'« Annual of the universal medical sciences di Philadelphia » Vol. II, 1893 (Diseases of the vagina, etc.).

questo limite i casi sono lungi dal presentare costantemente una figura clinica, o anatomo-patologica, analoga: casi gravissimi capitano accanto ad altri estremamente leggeri. Certo, a parte alcune complicazioni che aggravano il pronostico sensibilmente, la natura del tessuto, cicatriziale in prevalenza o no, ha un significato rilevante nell'andamento del parto. Ma una maggiore precisione nella scelta era impossibile, e del resto i casi accennati valgono, utilmente, a delimitare meglio i casi che sono, principalmente, oggetto di studio. Furono intanto eliminate le osservazioni di aderenze estese oltre i limiti indicati ed anche quelle irregolari che potevano far perdere alla vagina i caratteri compresi nelle considerazioni sul meccanesimo del parto; con questo, ho dovuto rinunciare ad una parte molto estesa della letteratura, pure accomunando al materiale appartenente ai setti congeniti, secondo gli autori, i sepimenti dichiarati acquisiti, poichè non sono sempre separati da differenze pratiche e secondo probabilità, dimostrata, neppure da differenze causali. Riguardo al trattamento, che ha una parte eminente nella storia dei casi, fu ritenuto sufficente ad una conoscenza almeno grossolana dell'andamento del parto, secondo il principio che un parto spontaneo con esito buono non è stato difficile, un parto artificiale doveva essere distocico. Il criterio sarebbe assolutamente impari alle esigenze di conclusioni più precise, perchè il decorso spontaneo è capitato in troppo svariate condizioni di epoche, di osservatori, ecc., mentre in quello artificiale, l'intervento può essere stato eccessivo o affrettato.

In questa prima tavola sono considerati tutti i 163 casi, distribuiti secondo il dato più generale rinvenuto nel materiale esaminato, cioè il trattamento. In questo novero sono compresi anche i casi illustrati della tavola successiva:

Parti spontanei	33	Dilatazione colla laminaria . .	2
Dilatazione spontanea iniziata in gravidanza	1	Sbrigliamento colla sonda . .	3
Dilatazione digitale in gravid.	4	Dilatazione con incisioni . .	21
Dilataz. in gravid. con pessario	1	Incis. su piega fatta colle pinze	2
Escis. col Paquelin in gravid.	2	Incisioni, parto spontaneo e tamponamento	1
Dilatazione col pallone di Ch. de Ribes	2	Dilatazione spontanea e forcipe	5
Dilatazione collo speculum (Benevoli)	1	Docce vaginali e forcipe. . .	1
Sbrigliamento digitale nel parto	5	Sbrigliamento digitale e forcipe	6
		Sbrigliam. colla sonda e forcipe	2
		Sbrigliam. col dito, incis. e forc.	2

Incisioni e forcipe	28
Incisione ed escisione, forcipe, poi sutura	2
Incis. fatte sulla pinza e forcipe	1
Incisioni, forcipe, uncinamento della ascella	1
Incisioni e applicazione di leva	1
Rivolgimento ed estrazione. .	2
Incisioni e rivolgimento . . .	2
Incisioni, estrazione e tamponamento vaginale	1
Incisioni sulla guida della tenta, estrazione del 1.° gemello per la testa, del 2.° per i piedi .	1
Uncino per le spalle (in caso di prolasso)	1
Estrazione con uncini. . . .	1
Incisioni ed estrazione di gemelli per i piedi	1
Estraz. del feto (morto in 2 casi)	3
Estraz. di feto cacciato per rottura di utero nel cavo perit.	1
Incisioni, craniotomia	5
Incisioni, forcipe, perforazione	6
Sbrigliamento colla sonda, cranioclastia.	1
Incisioni, escisione, craniocl. .	1
Incisioni, estraz. per i piedi, e perforaz. della testa seguente	1
Colpeurynter, embriotomia . .	1
Discisione, embriotomia per presentazione di tronco . .	1
Taglio cesareo in agonizzante	1
Operazione di Porro	6

Da queste cifre si rileva tosto una scarsa percentuale di parti spontanei, laddove questi, per l'opinione comune, costituiscono pressochè la regola. Eppure alcuni di questi casi, col loro grave esito, dimostrano che un intervento sarebbe stato necessario; essi possono entrare in compenso per la cifra di casi dove l'intervento fosse stato, per avventura, precipitato. Ammesso pure che dove furono praticate semplici incisioni (21 casi) o dilatazioni in gravidanza colla sonda (1) o col dito (4), o col pessario (1) si potessero risparmiare, si avrebbe una cifra di poco superiorè a 1[3 del numero totale. Ma tale cifra è certamente eccessiva se riferita ai casi in discorso, inquantochè comprende ben 8 casi di morte. Una critica esatta di questi ultimi non è possibile al lume degli scarsi dati posseduti: molto deve concedersi all'epoca preantisettica, in cui sono per la maggior parte avvenuti, e volendo anche accogliere fattori diversi dal restringimento vaginale nella rottura di utero che fu la causa di alcune delle morti, quali il vizio pelvico, che è il coefficente più sicuro, rigidità del collo, ecc. e ammettendo tutti i casi non seguiti da morte ed assistiti da semplici incisioni, la cifra dei casi spontanei è ridotta a 52, che è ancora eccessiva, se si considera che ad esempio nel caso di Mayer (1) di setto operato già avanti la gravidanza, occorsero ancora 20 incisioni per

(1) Mayer. V. Neugebauer l. c.

rendere possibile il parto. In tali differenze di dati, di epoche, di osservatori, non può facilmente stabilirsi un criterio assoluto per la possibilità, normale, di decorso senza intervento. Conviene dunque ricercare tra 33 e 52 la percentuale esatta dei casi che poterono essere abbandonati a decorso naturale, la quale dunque si troverà tra 20.8 0[0 e 32.9 0[0 di tutti i casi di setti.

Per confronto a questo risultato torna opportuno richiamare le statistiche, già accennate dell'opera di Müller. Quantunque solo di pochi casi egli citi le fonti nella letteratura e sia probabile che molti dei rimanenti siano comuni alla casistica presentata ora, giova istituire il confronto in assenza di altri materiali. I risultati forniranno appoggio alle considerazioni prognostiche e terapeutiche.

Müller (1) ha raccolto 38 casi che ritiene congeniti, 49 acquisiti, di sepimenti vaginali trasversi:

Casi congeniti.		Casi acquisiti.	
Parti spontanei	13	Parti spontanei	4
Incisioni	10	Incisioni	8
Forcipe	4	Forcipe	3
Incisioni e forcipe	9	Incisioni e forcipe	17
Incisioni e versione	1	Incisioni ed estrazione	1
Taglio cesareo	1	Incisioni e versione	2
		Incisioni, forcipe e perforaz.	1
		Parto prematuro e perforaz.	2
		Perforazione	3
		Taglio cesareo	7
		Dilatazione in gravidanza e parto spontaneo	1

La denominazione di congeniti ed acquisiti sono da accogliere col significato sovraespresso, vale a dire (per la prima) che non sia presente tessuto cicatriziale sodo e fitto, quale può essere apprezzabile alla comune osservazione. L'autore riconosce molta parte nell'esito spontaneo del parto alle modificazioni gravidiche, e ritiene tuttavia che il parto spontaneo sia stato possibile in seguito a molte lacerazioni della parte stenosata (2). Intanto applicando a questo materiale i criterii già stabiliti, le due statistiche saranno utilmente fuse, tanto più

(1) P. Mueller. « Die Krank. » citato, p. 381.
(2) P. Mueller. « Die Krank. » citato, p. 381.

che l'autore nella distinzione non può avere avuto in vista che la etiologia dichiarata dagli osservatori rispettivi, informati ordinariamente a concetti insostenibili rispetto ai sepimenti congeniti.

Ricavando le percentuali si ha: pel parto spontaneo 19.6 0[0, incisioni 21 0[0, incisioni e forcipe 30 0[0, incisioni e rivolgimento 3.5 0[0, perforazione 6.8 0[0 (col parto prematuro 2.3 0[0, colle incisioni 1.14 0[0), taglio cesareo 9.5 0[0. I casi della statistica di Müller sono confrontabili coi nostri, perchè, a parte alcuni di essi, in comune (es. casi di Fristo, Dumontpallier e Lever) e ciò era inevitabile, atteso il limitato materiale, il Müller nella scelta ha curato sopratutto lo spessore: in ognuno dei suoi casi la stenosi o atresia cicatriziale si distende e assottiglia a membrana (1).

Il confronto del contingente di parti spontanei delle due statistiche è importante sopra tutti, perchè può fornire basi al concetto prognostico generale. A questo proposito è evidente l'accordo (19.6 per Müller, 20.8 per la statistica presente), se si considera che la percentuale di Müller è abbassata dallo scarso contingente di parti spontanei dei setti prevalentemente cicatriziali che sono in maggioranza nella somma totale dei casi. Nei casi rimanenti (congeniti), infatti, la proporzione dei parti spontanei si eleva a 34.2 0[0, avvicinandosi al limite massimo assegnato ai nostri casi. Mantenendo pure le riserve fatte da principio intorno a queste cifre, data l'analogia dei risultati, si può ritenere che il parto spontaneo sia un evento assai meno frequente, in caso di sepimenti vaginali, di quello che venga comunemente creduto.

Passando alle incisioni con seguito di parto spontaneo, la discordanza dei risultati (21 0[0 presso Müller, 13 0[0 da noi) è solo apparente. Infatti è da considerare che nella nostra raccolta compaiono numerosi altri mezzi di dilatazione dei restringimenti, sia nella gravidanza che nel parto. Escludendo quelli di gravidanza e aggiungendo gli interventi nel parto, a scopo dilatante, che sommano a 13 come appare dalla tavola, si ha una percentuale di 22 0[0 circa molto più avvicinata a quella di Müller. Resta a discutere il valore dei differenti mezzi usati e se essi possano e debbano sostituire il coltello. Ma di ciò più avanti. La possibilità di sciogliere le aderenze anche con mezzi atti a distendere le pareti fu, intanto, dimostrata in antecedenza.

---

(1) P. Mueller. « Handbuch etc. » citato, § 137, S. 884.

Anche rispetto agli interventi in gravidanza a scopo dilatante, nei lavori citati di Müller si trovano dei termini di confronto. Egli conta 8 casi con esito di parto spontaneo in 3 soli, mentre 3 volte occorsero nuove incisioni nel parto, una volta fu applicato un pessario e una volta il forcipe. Nei casi relativi da me raccolti esclusivamente nel lavoro di Neugebauer, il parto seguì spontaneo, con certezza, solo 3 volte. Tutto ciò non parla in favore delle incisioni profilattiche in gravidanza e degli interventi antepartum a scopo dilatante in genere. In proposito non sono concordi i pareri degli autori, però la maggioranza di essi vi è contraria. Capuron (1) crede prudente e razionale agire in gravidanza per impedire che il parto sia interrotto o prolungato. Cazeaux (2) non ammette l'intervento in gravidanza solo per i primi 4 o 5 mesi per timore di interromperla. E. Hubert (3) pure ammette la dilazione profilattica con mezzi svariati, e Miranda (4) più recentemente preferisce l'intervento in gravidanza per operare con più calma, perfetta emostasi ed esatta sutura, sopratutto per non creare superfici cruente durante il parto a rischio di infezione. Tutti gli altri pensano che si debba agire più o meno prontamente al momento del parto, o pressochè mai, come vuole Joulin citato, che però ha trovato scarsi dati nella letteratura.

Considerando il numero di applicazioni di forcipe (come unico intervento) della statistica di Müller (7) e di questa (5), praticate certamente, nel più dei casi, per sofferenze fetali o per inefficacia di contrazioni uterine ed ausiliarie, dopo vittoria spontanea di sepimenti bassi o molto distesi, è facile rilevare che la differenza non è proporzionale ai totali rispettivi di casi. Ma conviene riconoscere che nella raccolta presente compaiono anche altri mezzi di estrazione, all'infuori di quella consecutiva al rivolgimento, che mancano in quella di Müller, come la leva, l'uncino per le spalle, ecc. La stessa considerazione deve valere, almeno in parte, a spiegare le differenze tra le percentuali del trattamento che per i casi di media entità comprende tutte le indicazioni, e può dirsi di regola, cioè quello delle incisioni e forcipe. La percentuale di Müller è 29. 8, la nostra 26. 2, quantunque vi sieno compresi

(1) Capuron, l. c.

(2) Cazeaux et Tarnier, l. c.

(3) E. Hubert, l. c.

(4) Miranda, l. c.

altri mezzi di sbrigliamento del setto, come quello digitale, colla sonda, e in un caso anche l'escisione. Questa variante di mezzi, del resto, costituisce la minoranza dei casi ed era da attendersi in vista del numero assai maggiore dei casi raccolti.

Vi sono altri casi di applicazione di forcipe, ma terminati colla perforazione che debbono ascriversi a quest'ultima. Gli altri interventi già considerati insieme col forcipe, ad es. quello coll'uncino, avevano probabilmente indicazioni isolate, come nel caso descritto di prolasso dell'utero. Così l'attenzione può essere rivolta alla versione, previe incisioni, che occupa una parte ristretta in entrambe le statistiche (3. 5 0[0 in quella di Müller, 3. 8 0[0 nell'altra). I rivolgimenti sono rari, verosimilmente perchè l'attesa, tanto comunemente consigliata, rende, con l'impegno più avanzato della parte presentata, più sfavorevoli le condizioni all'operazione. Tuttavia a questa rubrica, con probabilità possono essere aggregati dei casi di estrazione con procedimento operativo di descrizione oscura, appartenenti alla raccolta maggiore. La perforazione, cranioclastia preceduta o no da incisioni, assumono una proporzione più forte (9. 6 0[0) qui che nei casi di Müller (6. 8 0[0). Si aggiungono alla percentuale maggiore due embriotomie, una delle quali però determinata principalmente da presentazione di spalla. Il parto prematuro avviato nei casi di Müller, è stato terminato colla perforazione. La gravità di questi ultimi interventi fa di per sè ricercare la possibilità di eventuali complicazioni del restringimento vaginale. Infatti come le anomalie delle forze espulsive, tutte anormalità eventuali dei casi comuni sono possibili anche in questi casi.

Fu accennato come i vizii delle parti dure e molli della trafila pelvigenitale siano combinati nelle pluripare, risultando i primi la causa, le colpostenosi l'effetto. Non sempre sono indicate con precisione le complicazioni pelviche, così nel caso di Longhena, citato, si parla solo di « leggera viziatura. » Ma tra i casi di perforazione accennati, il vizio pelvico ha potuto certamente costituire anche da solo la indicazione allo intervento nelle osservazioni di Benicke (1) a C.V. di 70 mm., e di Spiegelberg (2) a C.V. di 80. È probabile che tali complicazioni siano più frequenti di quello che appaia dalla letteratura, anche in vista

---

(1) Benicke. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. II.

(2) Spiegelberg. V. Neugebauer, l. c.

delle difficoltà che le condizioni della vagina oppongono alle ricerche pelvimetriche e alla esplorazione interna in generale. Questo deve avere un certo valore nella prognosi. Già Zweifel (1) ha dichiarato che tali vagine nei bacini ristretti recano condizioni particolarmente malagevoli, perchè possono aggravare o rendere impossibile una operazione. La perforazione in questi casi fu praticata anche per altre ragioni: in quello di Küstner (2) il feto era morto, in quello di Goldberg (3) fu evitato il forcipe per tema di lacerazioni della vagina, in quello di Naughton (4) si trattava di una membrana di consistenza addirittura cartilaginea. Per la maggior parte dei casi in discorso si può intanto presentare la questione del taglio cesareo. Anzi a proposito di quest'ultimo la sproporzione notata delle percentuali di interventi demolitori sul feto, nelle due statistiche, è compensata da cifre inverse del taglio cesareo (4.4 0[0 in questa, 9.1 0[0 in quella di Müller).

È da considerare però che nella numerosa serie di tagli cesarei per vizii delle parti molli riferiti nella letteratura, furono accolti quelli meno lontani dai concetti sovraespressi intorno alla estensione e caratteri regolari delle stenosi. Il loro posto nella statistica fu giustificato colle riserve fatte; essi debbono anche segnare il limite ai restringimenti di misura media o tipici che sono principalmente oggetto di esame e rappresentare i restringimenti complicati da altre cause di distocia. Anche per essi, a maggior ragione che per le perforazioni, sono da ripetere le considerazioni fatte rispetto a complicazioni: nei casi di Solman-Neugebauer (5) e di Litzmann (6) esistevano gravi restringimenti di bacino.

Quantunque un caso di taglio cesareo appartenente a Behm sia stato ammesso da Müller nella rubrica dei vizii congeniti, è a dubitare che per le forme tipiche descritte e non complicate si possa mai fare questione di interventi gravi. Avanti di continuare la discussione dei casi, credo opportuno esporre quelli già annunciati:

---

(1) Zweifel, l. c.

(2) Küstner. « Beitrag zur Therapie der Narbenstenose der Vagina. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XVIII.

(3) Goldberg. *Centralbl. f. Gyn.*, N. 23. 1894, § 557.

(4) Mc. Naugthon. *New York med. a. surg. Journ.*, vol. VI.

(5) V. Neugebauer, l. c. « Kaiserschnitte wegen Scheidenverengenung, etc. » Fall 1, p. 4.

(6) Litzmann. « Beitrag zur Statistik der Kaiserchnitte nach Porro. » *Centralbl. f. Gyn.*, N. 1, 1870.

CASI OSTETRICI DI SETTI TRASVERSI DELLA VAGINA.

Numero progr.	Osservatore Pubblicazione	Età della donna	Numero di parti	Etiologia	Sede, numero spessore dei setti fori	Complicazioni andamento del parto trattamento	Esito pel feto	Conseguenze ed esito per la madre
1	Ackermann. Vedi Neugebauer, l. c.	28	IIpara	Aborto precedente?	Setto fibroso con una piccola apertura.	Dilatazioni del foro colla sonda, tagli in croce, forcipe.	†	—
2	Behm. *Neue Zeitschrift f. Geb.*, Bd. X, 1841.	—	IIpara	Quattro anni prima, grave parto con febbre consecutiva di 3 mesi.	Strettura a 1 1/2 pollice dall'introito, permeabile alla sonda, e spessa 1/4 di pollice.	Fu praticata in gravidanza la dilatazione colla spugna preparata, nel parto incisioni e forcipe (2-3 trazioni). Secondamento artificiale per metrorragia	Vivo	Il setto rimase in forma di caruncolo.
3	Benevoli. « Dissertazioni, etc. » Firenze, 1747. Osservazione V, pagina 96.	—	Ipara	Lesione traumatica della vagina nell'infanzia.	Una membrana a metà vagina con piccola apertura eccentrica a destra, un'altra sottile più alta.	Dilatazione col dito, poi con speculum a 3 punte, dilatazione del secondo ostacolo con le forbici previo scostamento dalla testa fetale con uncino, successiva dilatazione colla mano. Parto spontaneo dopo 3 ore.	Vivo	Febbre puerperale in 5.ª giornata. Scolo purulento. Guarigione dopo 6 mesi. Parto successivo normale.
4	Benicke, l. c.	33	IIpara	Grave atto operativo nel parto precedente per vizio pelvico (10 anni prima).	Setto cicatriziale nella parte alta con piccola apertura rotonda.	CV = 7 cm. Dilatazione lenta fino ad ammettere 2 dita. Prolasso del cordone. Colpeurynter. Febbre. Craniotomia e cranioclastia. Il tronco staccato fu estratto con uncini.	†	Morte in 10.ª giornata per sepsi. Peritonite. Tromboflebite. L'uretere sinistro è compreso nelle cicatrici; corrispondente idronefrosi.
5	Boehm. V. Neugebauer, l. c.	26	Ipara	Tifo a 20 anni. Operata e guarita di un ematocolpometra per atresia bassa.	Setto cicatriziale aderente all'utero con apertura permeabile a un catetere.	Parto abortivo al 5.º mese. Il feto fu estratto con gli uncini di Smellie.	—	Incontinenza d'urina.
6	Bouchacourt. V. in tesi di Delaunay.	31	—	—	Setto all'altezza di 5 cm. appena permeabile al mignolo.	La donna era in travaglio da 5 giorni. Incisioni. Forcipe.	—	—
7	E. Braun. *Wien. Med. Presse*, N. 46, 1884.	—	IIpara	Ha partorito nove anni prima un feto morto, con tentativi di forcipe. Rimase dispareunia.	Setto cicatriziale imbutiforme a 5 cm. dall'introito. Orlo spesso 3 cm.	Presentazione podalica. Furono praticate incisioni fino ad ammettere il dito. Abbassamento di un piede ed espulsione spontanea.	†	—

Numero progr.	Osservatore Pubblicazione	Età della donna	Numero di parti	Etiologia	Sede, numero spessore dei setti fori	Complicazioni andamento del parto trattamento	Esito del feto	Conseguenze ed esito per la madre
8	Breisky *Centr. für Gyn.*, 1884, S. 527.	23	Ipara	Combinazione di processo congenito (?) con altro sopravvenuto in gravidanza.	Strettura anulare tra il terzo superiore e medio con piccola apertura a sinistra.	Dopo lacerazione con sonde a calibro crescente e colle dita rimane un foro largo 2 cm. con orli cicatriziali. Tamponamento, dopo 6 ore incisioni, forcipe.	—	Lacerazioni, parziali necrosi nella vagina. Guarigione per seconda intenzione. Dopo 5 settimane la stenosi non era ricomparsa.
9	Id. « Die Krankheiten, etc. » cit.	26	Ipara	B. ritiene queste stenosi congenite.	Strettura anulare che lascia passare due dita.	Incisioni e applicazione del forcipe sulla testa non discesa.	Vivo	La strettura si ripete.
10	Chailly Honoré, loco citato.	16	Ipara	Congenita.	Diaframma a metà altezza della vagina con pertugio permeabile a una sonda.	Parto spontaneo. Fu lasciato il caso alla natura per consiglio di Dubois.	—	Quindici giorni dopo il parto il dito penetrava nel pertugio (non lacerato, secondo Chailly).
11	Calderini. *Boll. d. Sc. med.* Bologna, 1882.	—	—	Congenita.	Setto anuliforme a 4 cm. dall'utero.	Parto spontaneo.	—	Lesione della parete posteriore della vagina.
12	Chantreuil et Trélat. *Gaz. méd. de Paris*, 1866.	—	Ipara	—	Diaframma con 2 aperture laterali.	Parto prematuro al 9.° mese. Trélat incise il ponte tra le 2 aperture stirandolo con uno stiletto passato traverso i fori. Parto spontaneo dopo 4 giorni, con rottura del setto.	—	Febbre avanti il parto. Morte al 7.° giorno di peritonite con ascesso nella fossa iliaca destra.
13	Cazeaux. V. Cazeaux et Tarnier loco citato.	—	Ipara	—	A 3-5 cm. setto membranoso liscio con pertugio a destra, superficie di un pollice di diam. (distesa collo speculum).	Parto spontaneo in seguito a contrazioni molto forti (caso osservato nel 1837).	—	Quindici giorni dopo il parto, il setto era ancora separato in 3 lembi che rimasero.
14	Charles. *Journ. d'accouch.*, Liége, 1883, IV, pagine 225-227.	—	Ipara	—	Membrana nel segmento infer. della vagina con pertugio finissimo.	Docce vaginali. Laminaria. Sbrigliamento digitale. Parto facile.	Vivo	Puerperio regolare.
15	Cianciósi. *Rass. di Ost. e Gin*, Napoli, Febbraio 1896.	23	Ipara	Congenita.	Due setti membranosi, uno a 3 cm. dalla vulva, l'altro sotto il collo uterino con piccolo foro en-	Incisioni durante la prima metà del periodo dilatante, e su entrambi i setti. Applicazione del forcipe.	Asfittico rianimato.	Puerperio regolare.

					parte alta della vagina.	palpa attraverso di essa la borsa amniotica e la bocca uterina dilatata. Una depressione posteriore viene perforata colla sonda con esito di liquido e meconio. Incisioni. Dopo un tentativo col forcipe, craniotomia.		
17	COLEMAN. *Amer. Joun. of obst.*, vol. X, pag. 415.	—	—	—	Setto della parte alta della vagina con due aperture.	Incisione del ponte tra i due fori. Applicazione di forcipe.	—	—
18	DANJAU. Loco cit.	24	Ipara	Ritenuta congenita per assenza di cicatrici.	Strettura alla parte media con apertura di 10-15 mm. a meta vagina.	Prolasso dell'utero in gravidanza. La strettura si confonde colla bocca uterina nel parto (si tendono del pari colla contrazione davanti alla testa). Incisioni in numero di 6, con coltello e forbici. Facile estrazione col forcipe.	Vivo	Dopo mesi si osserva la strettura e il prolasso di utero e vagina ripetuti.
19	DELAUNAY, l. c.	24	Ipara	Congenita.	A 3-4 cm. dalla vulva diaframma con orificio che ammette la punta del dito.	Alcuni giorni prima del parto, con ripetuti tentativi, fu spinto l'indice oltre il setto, fino a toccare il labbro anteriore uterino. Il parto fu spontaneo.	Vivo	Il setto esisteva ancora dopo 4 giorni, i laceri erano evidenti in addietro.
20	DEVILLIERS. *Rev. méd. Franç. et étran.*, Paris, 1845, II, p. 494-521.	27	Ipara	—	A 1 ½ cm. dall'introito strettura che lascia a stento passare il dito. Secondo anello più alto e più spesso concentrico al primo.	Spontaneo allargamento delle aperture e parto.	Asfittico rianimato	Lacero perineale leggero.
21	DOBERTY. *The Dublin Journal of med. science*, 1842, XXI, p. 65-86.	—	—	—	Strettura membranosa del terzo superiore della vagina.	Distacco della vagina dall'utero e rottura dell'utero nel parto, rivolgimento ed estrazione del feto presentato per la faccia.	—	Morte dopo 24 ore dal parto.
22	ID.	—	—	—	Strettura membranosa, al disopra della quale, altro concrescimento delle pareti con piccola apertura.	Presentazione di spalla. Discissione della strettura. Uncini, eviscerazione, estrazione.	†	Morte della madre al 18.° giorno, per metroflebite.
23	DOLÉRIS. *Ann. de Gynéc.*, 1886, pagina 212.	23	Ipara		Diaframma membranoso con apertura permeabile ad una sonda.	Presenzione podalica. Non ostante l'aumento della apertura in travaglio praticò incisioni, espulsione spontanea.	Vivo	—

Numero progr.	Osservatore Purblicazione	Età della donna	Numero di parti	Etiologia	Sede, numero spessore dei setti fori	Complicazioni andamento del parto trattamento	Esito del feto	Conseguenze ed esito per la madre
24	Ferraresi. *Boll. delle Sc. Med.*, Bologna, Serie VII, Vol. V, Fascicolo 8.°	38	Ipara	Precedente alla gravidanza. L'anamnesi è negativa rispetto a cause comuni.	Atresia membranacea tra il terzo superiore e il medio.	Albuminuria. Piccola apertura spontanea del setto in travaglio, scolo di acque tinte di meconio. Incisioni. Forcipe. Secondamento artificiale per emorragia.	Asfittico rianimato	Guarigione rapida della albuminuria. In 12.ª giornata scomparsa delle tracce del setto.
25	Id.	32	Ipara	Nessuna malattia degna di nota.	Duplice setto anulare della parte alta. Il superiore incompleto.	Travaglio prolungato. Sofferenza della donna. Sbrigliamento digitale del setto. Forcipe allo scavo.	Vivo	Disturbi dell' involuzione uterina per abbandono precoce del letto.
26	Id.	25	Ipara	Idem.	Setto anulare a metà vagina, orificio permeabile al dito, leggermente eccentrico a destra.	Escisione del sepimento a metà del 5.° mese di gravidanza.	Vivo	La gravidanza continua. Il parto, a termine spontaneo, non fu osservato.
27	Finkel. V. Neugebauer, loc. cit.	19	Ipara	Congenita.	A 3 cm. dall'introito stenosi imbutiforme permeabile alla sonda.	Incisioni e dilatazione ulteriore digitale, tamponamento alla garza jodoformica. Forcipe.	Vivo	Lacerazioni profonde al posto delle incisioni, lacero perineale di 2.° grado. Sutura. La vagina torna così stretta da ammettere appena il dito.
28	Id.	22	Ipara	—	Restringimento imbutiforme, con apertura permeabile a sonda.	Due tagli incrociati e dilatazione digitale. Tamponamento. Forcipe.	Vivo	Nessun lacero, ma puerperio febbrile.
29	Fiodoroff. Vedi Neugebauer, l. c.	32	Ipara	—	Restringimento membranoso con 2 aperture.	Molte incisioni fino ad ammettere 4 dita.	Asfittico rianimato	—
30	Fristo. *Gaz. des Hopitaux, etc.*, N. 96, 1861, p. 382.	22	Ipara	Ha subito un'operazione in vagina in causa di imperforazione.	Quattro membrane perforate al centro in misura da ammettere appena il piccolo dito.	Emorragie e sincopi frequenti in travaglio (14 ore) fecero dubitare di scollamento placentare. Incisioni dei setti, di uno dopo l'altro. Rivolgimento ed estrazione di feto voluminoso. Estrazione di placenta molto sviluppata.	†	Il caso risale al 16 Novembre 1835. Dopo qualche giorno la puerpera riprese il proprio mestiere di mendicante.
31	Goldberg. *Centr. f. Gynäk.* N. 23	—	IIpara	Acquisito nel parto preced. (un an-	Restringimento anulare nel terzo infe-	Incisioni dell' orlo, multiple fino ad ottenere il passaggio	†	Puerperio regolare.

				malgrado il trattamento antisettico.				
32	HEYDER. *Arch. f. Gynäkologie*, Bd. XXXVI, H. 3, V. Pozzi, l. c.	22	Ipara	Congenita.	A 2-3 cm. dall'introito membrana con 2 aperture di 2 mm. di diametro.	Gravidanza al 7.° mese. Sänger divide in due la membrana con un coltello di Paquelin, escide i lembi e sutura gli orli di mucosa.	Vivo	La gravidanza continua.
33	HEMMER. V. Neugebauer, l. c.	36	Ipara	Congenita.	Setto con piccola apertura sondabile. È apprezzabile alla ispezione meglio che alla palpazione.	Incisioni col coltello fino a far passare 3 dita. Furono necessarie, in un'ora e mezza, 60 trazioni col forcipe.	Vivo	Puerperio regolare.
34	HOHL. V. Neugebauer, l. c.	—	Ipara	Colpite catarrale.	Membrana atresica tra il terzo inferiore e il medio, assottigliata a sinistra, con aderenze filamentose delle pareti rimanenti.	Incisioni a membrana assottigliata in grado estremo. I filamenti si lacerano colle dita. Il parto terminato col forcipe è durato in totale 72 ore.	Vivo	Dei setti non rimangono più tardi che tracce in forma di rilievi verso il labbro anteriore uterino.
35	HUZARSKY. Vedi Neugebauer, l. c.	18	IIpara	Parto precedente durato 3 giorni.	Stenosi anulare a 2 pollici dall' introito che ammette il dito.	Incisioni. La testa discende. È applicato il forcipe nella 3.ª giornata di travaglio.	—	Rottura del setto retto-vaginale. Fistola vescico-vaginale. Parametrite. Tromboflebite. Embolia. Morte nel 7.° giorno.
36	ID.	32	IIpara	Parto precedente artificiale.	Stenosi imbutiforme che non ammette il dito.	Sbrigliamento digitale. Parto spontaneo nel giorno successivo.	†	Morta di peritonite dopo alcuni giorni.
37	ID.	35	Ipara	—	Stenosi membranosa al limite tra il terzo medio e il superiore permeabile ad una sonda.	Sbrigliamento del setto colla sonda. Parto spontaneo.	Vivo	—
38	ID.	32	Ipara	—	Stenosi circolare membranosa in basso.	Dilatazione digitale. Scolo delle acque senza progresso della testa. Forcipe. Episiotomia.	Vivo	Puerperio regolare.
39	KESSLER. *Berlin. Klin. Wochens.* 1887, N. 29, 30, 32, 33, p. 527-615.	30	Ipara	Soffre da 2 anni di malattia vaginale.	Membrana cicatriziale a 5 cm. dallo introito. Cavità superiore irregolare.	Incisioni e distacco della cicatrice. Tamponamento. Nuove incisioni il giorno successivo, craniotomia ed estrazione col cranioclaste, durata più di un' ora. Bacino normale.	†	Puerperio febbrile. Al 17.° giorno la vagina ammetteva ancora appena il dito. Furono applicati dilatatori di vetro.

Numero progr.	Osservatore Pubblicazione	Età della donna	Numero di parti	Etiologia	Sede, numero spessore dei setti fori	Complicazioni andamento del parto trattamento	Esito del feto	Conseguenze ed esito pee la madre
40	Kézmàrszki. Vedi Neugebauer, loco citato.	20	IIpara	Parto precedente.	Stenosi cicatriziale altolocata, con piccola apertura a sinistra.	Docce calde. Dopo 3 giorni scolo delle acque, nel 5.° giorno emorragia e arresto di doglie e collasso per rottura d'utero. Rivolgimento ed estrazione per i piedi.	†	Morte 5 ore dopo la estrazione.
41	Kraemer. Inaug. Diss., Würzburg. 1888.	32	IIpara	Parto precoce con istrumenti e seguito di lunga malattia.	Stenosi anulare un pollice sopra l'introito, permeabile al dito.	Cicatrice perineale. Tagli a destra e sinistra, senza progresso. Forcipe, rottura del setto retto-vaginale, sopra la strettura.	—	Ampia lacerazione vaginale. Peritonite. Morte in 14.ª giornata.
42	Id.	24	IIpara	Parto precedente di eccessiva durata.	Stenosi al terzo superiore, permeabile al dito.	Parto spontaneo: la testa durò 3 ore a varcare la stenosi, con forti contrazioni.	—	Estese lacerazioni della vagina. Morte dopo 3 giorni per metroperitonite.
43	Kücher. *Wien. med. Presse*, 1879, N. 31, p. 993.	—	—	Processi di cicatrizzazione.	Atresia membranosa della parte alta, con cicatrici. Depressione centrale.	Perforazione del setto colla sonda, a livello della depressione e incisione sui lati, in travaglio. Dopo 2 giorni scolo delle acque, nuove incisioni, morte del feto, craniotomia ed estrazione col cranioclaste.	†	Rottura della vagina.
44	Kunsenmueller, *Journal f. Geb. Frauenz. und Kinderkrank. Frank. A. M.* Leipzig, 1835, XV p. 73-78.	26	Ipara	Forma erosiva di colpite in gravidanza.	Atresia membranosa.	La membrana è spinta in basso colla testa fino alla uscita senza che appaia apertura. Incisioni. Forcipe.	—	—
45	Küstner. V. Neugebauer, l. c.	—	IVpara	Restring. acquisito nel secondo parto. Nel terzo permise il passaggio con incisioni.	Stenosi recidivata con cicatrice più spessa.	Incisioni. Feto morto. Perforazione.	†	Al 10.° giorno di puerperio la vagina era di nuovo ristretta.
46	Jkeda. *Centralbl. f. Gyn.* 1893. V. Neugebauer, l. c.	29	IIpara	Il parto precedente terminato col forcipe.	Stenosi vaginale cicatriziale a stento permeabile al dito, a 7 cm. dall'introito.	Dilatazione artificiale in gravidanza fino ad ammettere 2 dita, sospesa per intolleranza. Rottura precoce del	Vivo	Il peduncolo era stato trattato col metodo extraperitoneale. Guarigione.

48	YGONIN. V. Magendie-Husté, loco citato.	25	Ipara	—	Setto membranoso a 5 cm. dall'introito.	Arresto del parto. Incisione in croce. Decorso ulteriore spontaneo.	—	Puerperio regolare.
49	LANGE. V. Neugebauer, l. c.	20	Pluripara	—	Stenosi membranacea a 1 ½ pollici dall'introito, con piccola apertura a destra.	Dopo 8 ore di dolori, esce il liquido amniotico in sottile getto, poi il setto discende alla vulva colla testa. Dall'apertura il setto viene inciso a tutta larghezza. Ulteriore decorso spontaneo.	—	Suppurazione dei lembi in puerperio. Guarigione.
50	LANGSDORFF, V. Neugebauer, l. c.	33	Ipara	—	Setto falciforme della parete anteriore, al terzo superiore.	Il setto trattiene la testa e si distende durante le trazioni col forcipe. Dietro incisioni la estrazione diventa facile. Anche durante la distensione il setto si mantiene più spesso nel mezzo. Tamponamento per emorragia.	—	—
51	LEYRAL. *Gaz. d. Hôpitaux civ. e mil.*, N. 110, 1861.	Giovane	Ipara	L'ostacolo preesisteva all'epoca del matrimonio.	4 setti membranosi permeabili al dito.	Travaglio prolungato. Esplorazioni inesperte provocarono emorragie. Sbrigliamento ottenuto ritirando il dito foggiato ad uncino a spese di dolori acutiss. Parto spontaneo un'ora dopo.	Vivo	Puerperio regolare.
52	LESI. *Raccoglitore medico*, 1885, N. 7.	23	Ipara	Recidiva di atresia operata 8 anni prima per raccolta ematica.	Stenosi imbutiforme con apertura a stento permeabile alla sonda.	Emorragia in travaglio a termine e sospetto di placenta previa. Operazione di Porro all'inizio del parto. Trattamento estraperitoneale del peduncolo.	Vivo	Esito felice.
53	LYON. Loco cit.	27	Ipara	—	Diaframma a 4 cm. dallo introito, con apertura avvicinata alla parete ant.	A membrana distesa nel parto due incisioni colle forbici per lato a scopo di evitare vescica e retto. Espulsione spontanea.	—	—
54	LITZMANN. *Centr. f. Gyn.*, N. 1, 1879.	29	IIpara	Acquisita nel parto precedente (tentativi di forcipe, perforazione).	Stenosi alta imbutiforme cicatriziale con apertura eccentrica a destra.	Bacino totalmente ristretto e piatto (CV = 7 cm.). L'apertura non permette l'entrata alla sonda, ma fa osservare allo speculum l'uscita del liquido amniotico. Per la febbre e per evitare stasi lochiale, taglio ces. Porro. Travaglio 60 ore.	Asfittico rianimato	Morte al 6.° giorno, peritonite settica.

Numero progr.	Osservatore Pubblicazione	Età della donna	Numero di parti	Etiologia	Sede, numero spessore dei setti fori	Complicazione andamento del parto trattamento	Esito del feto	Conseguenze ed esito per la madre
55	Longhena. *Bull. delle sc. med.*, Bologna, Ser. VI, vol. V.	30	Ipara	Congenita.	Doppia stenosi membranacea nella parte alta della vagina. Il setto superiore è incompleto ed offre aderenze sottili al collo uterino.	Travaglio durato 3 giorni. Lacerazione digitale dei due setti (allorchè la bocca uterina ha raggiunto metà dilatazione). In causa anche di leggero vizio pelvico è applicato il forcipe allo stretto superiore.	Vivo	Dopo un mese la vagina non presenta che un cercine appena rilevato a guisa di valvola sigmoidea.
56	Magendie-Hustè. Loco citato.	29	Ipara	—	Setto membranoso a 5 cm. dallo introito con piccola apertura che permette scolo alle acque, ed è apprezzabile collo speculum.	Rottura precoce delle membrane. Il setto non si modifica durante la contrazione. Il perineo tuba e la testa arriva alla vulva coperta dal setto assottigliato che si lacera spontaneamente in più direzioni. Espulsione spontanea di feto in presentazione di V. (O. I. D. P.), che pesa 2880 gr. Durata del parto 13 ore.	Vivo	Dopo 12 giorni il setto è riformato, ma ha l'orificio più in addietro (sede dei laceri) e con orli cicatriziali.
57	Maher. *Med. Record. New-York*, Mai 1890.	30	—	Congenita.	Stenosi membranacea spessa 6 mm., permeabile a sottile sonda. Struttura di mucosa	Dilatazione colla sonda, poi con laminaria in gravidanza. In travaglio rottura precoce delle membrane. Dilatazione della bocca uterina soccorsa col sacchetto di Barnes per arresto del parto. Febbre. Forcipe Simpson sotto narcosi.	†	Suppurazione dei lembi in puerperio. Guarigione.
58	Mayer. Loco cit.	—	—	Tifo, quindi atresia operata coll'escisione e trattamento dilatatore per 8 mesi, dopo il quale recidiva una stenosi.	Stenosi spessa che permette la gravidanza.	Nel parto furono necessarie 20 incisioni.	—	—
59	E. Martin. Vedi Neugebauer, l. c.	20	—	Ha sofferto di flusso vaginale nell'infanzia.	Setto cicatriziale con apertura permeabile a sonda, al centro.	Nel travaglio la testa premendo sopra le cicatrici del setto allarga l'apertura fino a 4 mm. Due incisioni di	—	—

61	MASSARENTI. Rendiconto statistico della Clinica ostetrica di Bologna, 1866-1883.	37	Ipara	—	A 5 cm. dalla vulva stenosi membranacea che ammette l'indice. Altra briglia irregolare più in alto.	Incisioni col bisturi bottonuto multiple nei lati. In precedenza erano scolati 300 gr. di sangue per distacco prematuro di placenta, poi liquido amniotico tinto di meconio. Forcipe allo stretto superiore e incisione della seconda briglia compresa tra le branche. Brevità relativa di funicolo stretto al collo del feto.	+	Puerperio regolare.
62	MAZZA. *Annali univ. di med.*, Milano, 1852.	33	Pluripara	L'aderenza erasi costituita certamente dopo il puerperio ultimo, da circa 2 anni (ostacoli al coito) senza causa evidente.	Atresia spessa 2 linee, resistente.	Incisione col bistury sulla guida della tenta, in travaglio. Parto gemellare. Estrazione del primo gemello per la testa, del secondo per i piedi. Durante il secondamento manuale fu riconosciuta una rottura d'utero.	—	Rottura estesa al lato destro del corpo dell'utero. Peritonite. Morte in 8.ª giornata di puerperio.
3	MELCHIORI. *Gazz. med. di Milano*, 1843, p. 404.	25	IIIpara	Interventi eccessivi di forcipe nel parto precedente. Colpite.	Atresia bassa e fistole vescicó e rettovaginali.	Incisioni.	+	Metroperitonite e pneumonite in puerperio. Guarigione.
4	MIRANDA. *Riforma medica*, Napoli, 16 Ottobre 1893.	22	Ipara	—	Setto membranoso a 8 cm. dalla vulva con 2 piccole aperture.	In travaglio da 16 ore a membrane rotte. Traverso il setto si palpa un arto fetale. Incisione del tramezzo ed estrazione di due gemelli in presentazione podalica di gr. 3050 e 2700 rispettiv.	—	Emorragia dall'utero e da un'arteria vaginale incisa, dopo il secondamento. Puerperio ulteriore normale.
5	MONTAGNON. Vedi Puech, l. c., Osservazione XXI.	—	—	Colpite dissecante. Caduta tubulare della mucosa creduta aborto. Trattamento dilatante sospeso avanti la gravidanza.	Stenosi cicatriziale della parte alta.	Il travaglio osservato al 3.º giorno non avanza, nonostante la rottura del sacco e doglie regolari. Nel 6.º fu inciso col bistury l'ostacolo in avanti e in dietro, poi nei lati Discesa della testa fino alla vulva, poi cessazione delle doglie. Non può essere applicata la 2.ª cucchiaia del forcipe. Quindi leva di Roonhuysen e disimpegno della testa con l'aiuto di contrazioni. Secondamento artificiale.	Vivo	Puerperio normale. La donna non volle subire alcun trattamento vaginale. Dopo 5 mesi ritenzione di regole, e dopo 15 guarigione senza operazione!
66	NAEGELE. V. Neugebauer, l. c.	24	Ipara	Congenita.	Stenosi membranosa, un pollice e mezzo dall'introito, senza tracce di cicatrici.	Traverro la membrana si palpa la testa e la bocca uterina dilatata per 2 pollici. Incisioni. Forcipe.	—	A stento si riconosce ancora una traccia della membrana.

Numero progr.	Osservatore Pubblicazione	Età della donna	Numero di parti	Etiologia	Sede, numero spessore dei setti fori	Complicazione andamento del parto trattamento	Esito del feto	Conseguenze ed esito per la madre
67	Neugebauer Solman. V. Neugebauer, l. c.	32	Ipara	—	Stenosi a 4 cm. dalla vulva e a 2 dall'utero con apertura, eccentrica a destra, di 2 mm.	Bacino infant.: CV. = 8 cm. Eclampsia. Operazione di Porro. Trattamento estraperitoneale del peduncolo.	Vivo	Puerperio febbrile per flemmone della ferita laparotomica. Non fu intrapresa una dilatazione della stenosi dopo la guarigione.
68	Niccolini. Vedi Truzzi, *Annali*, N. 5-6, 1890.	27	IIpara	—	Atresia del terzo superiore.	Taglio cesareo alla Porro. Trattamento estraperitoneale del peduncolo.	Vivo	Morte in 7.ª giornata da peritonite settica.
69	Oliphant. V. Neugebauer, l. c.	—	Ipara	—	Stenosi a stento permeabile ad una sonda.	Dopo 20 ore di travaglio la apertura spontaneam. si allargò, permettendo il passaggio alla testa. Durante l'espulsione del feto la parete vaginale pareva atteggiata come ad anello elastico.	—	—
70	Osmont. *L'Année méd. de Caen*, 15 Novem. 1893, p. 177.	30	Ipara	Il setto inferiore congenito, il superiore acquisito.	Setto obliquo dall'alto in basso e dall'avanti all' indietro, con orificio posteriore, alto 3 cm. dalla vulva. Altra briglia è diretta dall' utero verso il setto a destr.	Fu osservato dopo il parto, durato 4 giorni e terminato col forcipe. Lacerazione perineale.	—	Tanto la lacerazione perineale che una fistola retto-vaginale furono operate con successo. Nel puerperio (regolare) il labbro posteriore del collo aderì alla vag.
71	Ostermann. Vedi Neugebauer, l. c.	24	Ipara	Congenita.	Stenosi anulare del terzo superiore.	Dopo 2 ore di dolori l'apertura del setto era ampia fino a 6-7 cm. come una bocca uterina, ma con orlo più aguzzo, senza borsa delle acque. Testa alta. Il dì seguente rottura del sacco. Setto spesso 3 mm., 4 incisioni, forcipe, lacerazione nella parete posteriore.	—	Dopo 4 settimane si trova ancora un ispessimento della mucosa ma nessuna stenosi.
72	Picot. Thèse de Paris, 1891.	24	Ipara	—	Piega falciforme sinistra nel terzo superiore.	A dilatazione completa Pinard trova che la piega sembra continuarsi coll'orlo sinistro dell'utero. Il feto è	Vivo	Puerperio regolare.

						tagli non danno spazio al forcipe. Si pratica il rivolg. e l'estrazione per i piedi.		
74	RIZZOLI. « Collezione di memorie chirurgiche e ostetriche » vol. II, Bologna, 1869, p. 462.	—	Ipara	—	A un pollice dalla vulva stenosi membranosa con foro accessibile ad uno specillo.	Fece leva con lo specillo e la tenta scanalata, entro il foro, per dilatarlo, ma inutilmente. Praticò incisioni col bottonuto nei lati, e allora percepì la borsa amniotica del travaglio. La donna era al 6.° mese di gravidanza, feto in presentazione podalica. Rottura artificiale delle membrane ed estrazione per i piedi spinti in basso dalle contrazioni. Perforazione della testa a feto morto.	†	Puerperio regolare. (Nuova gravidanza a termine, senza cure di sorta. Il parto fu assistito con sbrigliamento digitale e forcipe piccolo Rizzoli. Successivamente atresia e non più gravidanze).
75	ROY DE LANGEVINIÈRE. *L'Année med. Caen*, 1876, I, 4, 6.	18	Ipara	—	Atresia membranosa a metà altezza della vagina. Al disopra 4 strati di aderenze deboli fino all'utero.	Incisioni su piega fatta colle pinze, sbrigliamento digitale delle aderenze superiori. Forcipe, parto felice.	—	Dopo 4 giorni cancrena dei lembi. Febbre. Guarigione senza traccia di restringimento.
76	ROTH. *Monats. f. Geb.*, tom. XIX, p. 150, 1862.	24	Ipara	—	Setto membranoso con apertura permeabile al dito, a orlo acuto, subito dietro la vulva. Due cm. più alto secondo setto membranoso.	Nonostante 29 ore di dolori il parto non avanza. Nel foro si introduce fino a metà il dito indice. Divaricando la vulva, incisioni colle forbici del primo setto. Il secondo è inciso col bistury, non bastando le dita. Parto spontaneo.	—	—
77	ROTH. Ibid.	44	—	Sviluppata durante la gravidanza per tentativi di aborto.	Atresia membranosa.	Incisioni di una piega fatta colle pinze. Parto spontaneo.	—	—
78	SACCHETTI. *Gazz. med. Italiana-Lomb.*, N. 10, Marzo 1854.	37	Pluripara	Parti precedenti difficili.	Atresia membranosa nel terzo superiore.	La membrana nel travaglio che procedeva molto stentato fu spinta fino alla vulva dove fu incisa previa formazione di piega. Applicazione di forcipe.	†	Morte di metroperitonite puerperale.

Numero progr.	Osservatore Pubblicazione	Età della donna	Numero di parti	Etiologia	Sede, numero spessore dei setti fori	Complicazioni andamento del parto trattamento	Esito del feto	Conseguenze ed esito per la madre
79	Saexinger. Vedi Neugebauer, l. c.	35	Ipara	Congenita.	Atresia membranosa, loggia vaginale superiore normale.	Durante il parto comparve un'apertura che ammetteva un dito, anzi l'ostacolo fu superato spontaneamente. Ma per inerzia consecutiva occorse il forcipe. Episiotomia.	Asfittico rianimato	Quando la donna fu dimessa, fu osservata una sporgenza delle pareti anteriore e posteriore ½ pollice sotto l'utero che allo speculum sembra una bocca uterina. Dopo 2 mesi la strettura per retraz. cicatriz. lascia passare a stento un dito.
80	Id.	36	Ipara	—	Stenosi imbutiforme a 7 cm. dalla vulva con secrezione giallastra (allo speculum). Esiste una fossetta anche nel lato destro a metà altezza della vagina, in cui la sonda penetra per 1 cm.	Nel primo giorno di travaglio appare un orificio nel setto ad orli tesi. Due giorni dopo l'apertura essendo ancora insufficiente, a feto morto, perforazione. Il dì seguente cranioclastia, estrazione manuale del feto. Emorragia. Tamponamento. Lacero perineale.	†	Nell' 11.° giorno dal parto, morte di sepsi puerperale.
81	Schauta e Weidlich. *Berl. Klin. Wochen.*, N. 22, pag. 453, 1888. — Caruso. « Oper. compl. del tagl. ces. » Questi *Annali*, 1892, ecc.	32	Ipara	Scarlattina a 11 anni. Pei tentativi di coito la stenosi si è tradotta in atresia in gravidanza.	Atresia cicatriziale tra il terzo medio e inferiore della vagina.	In travaglio giudicate insufficienti la dilatazione della vagina e la perforazione della testa, fu praticata la Porro con trattamento estraperitoneale del peduncolo.	Vivo	Guarigione della donna ritardata da cistite antica, e bronchite.
82	Skutsch. V. Neugebauer, l. c.	26	IIpara	Parto precedente difficile, a feto morto, puerperio febbrile. Flusso dalla vagina.	Stenosi a 3 ½ cm. dall'introito che si lascia respingere per 5 cm. e attraversare da una sonda (è spessa 1 cm.).	In gravidanza dilatazione ripetuta per quasi un mese inutilmente, con mezzi incruenti. A metà di gravid. operazione, suturando in senso perpend. alla linea di taglio. Guarigione incompl. Nel parto a termine si richiedono 7 incisioni, estrazione col forcipe, suture.	—	Un mese dopo la vagina presenta una cicatrice anuliforme che lascia passare due dita.
83	Spaeth. V. Neugebauer, l. c. —	30	IIpara	Parto precedente terminato colla	Stenosi cicatriziale. La sonda trova spa-	Dilatazione col dito e colpeurynter avanti la gravidanza	Vivo	Guarigione dell' atto operativo.

						sonda e bistury. Emorragia, rottura improvvisa del segmento inferiore. Collapso. Perforazione, uncino acuto.		
85	Id.	—	IIpara	—	Stenosi altolocata con aderenze al collo.	Dilatazione digitale. Emorragia. Perforazione. Morte della donna durante il parto per rottura del segmento uterino inferiore.	—	—
86	Stewart. *The Britisch medical Journal*, volume II, 1890.	36	Ipara	—	Stenosi anuliforme nel terzo superiore.	A dilatazione completa della bocca uterina la membrana trattiene la testa. Occorsero incisioni, quindi forcipe.	—	—
87	Strecker, l. c.	35	IVpara	Primo parto durato 8 giorni, di feto morto, lunga malattia consecutiva. Recidive nei parti successivi.	Stenosi cicatriziale bassa con apertura posteriore. Ingresso della vagina col meato uretrale depressi pel coito. La membrana è spessa ½ pollice.	L'apertura del setto è compresa nella rottura del setto atresico esistente nella gravidanza precedente. L'anello cicatrizio è completamente rotto nel parto, e viene applicato il forcipe.	Asfittico rianimato	—
88	Taylor. *Transactions of the Amer. gyn. Soc.*, 1879, p. 404.	23	Ipara	Congenita.	Atresia membranacea a 3 cm. dall'introito.	La membrana è distesa dalla testa nel parto. Sbrigliamento coll'unghia sotto narcosi cloroformica. Forcipe.	—	Due mesi dopo il parto nella sede del restringimento notato si trova già un restringimento considerevole, e un altro a 2,5 cm. dall'utero. Si pratica la dilatazione.
89	Winzmann. Vedi Neugebauer, l. c.	—	IVpara	—	Stenosi membranacea prossima all'utero, con piccolissima apertura.	La partoriente per 5 giorni aveva subito svariati tentativi operatorii, manuali e strumentali, da tre medici. Il forcipe era scivolato provocando emorragia. Con un dito riesce ora possibile, rompere il setto, ed estrarre poi con facilità il feto col forcipe.	—	—
90	Wolczinsky. V. *Centralbl. für. Gyn.*, N. 16, 1882.	30	IIpara	Parto precedente difficile, fu necessaria un'operazione per incontinenza di orina.	Ristringimeuto circolare a 6 cm. dall'introito, con orlo aguzzo che permette l'entrata al dito.	La testa è arrestata dal restringimento. Incisioni fatte col bistury bottonuto sono seguite da emorragia; il feto è poi espulso spontaneamente. Il secondamento fu artificiale.	—	In terza giornata la ferita vaginale si copre di placche difteriche; la donna è dimessa nel 14.° giorno. Il restringimento è riprodotto quasi come prima.

Seguono ora le storie dei casi riferiti in sommario nella tavola ai numeri 24, 25, 26; dei due ultimi furono già esposti i risultati dell'esame istologico:

I. La signora G. M., di Poggio Renatico, di anni 38, statura alta, buona costituzione, nell'Ottobre 1892 si trova al 3.° mese della sua prima gestazione. Ha genitali esterni normali, il dito esploratore è arrestato poco oltre la metà della lunghezza ordinaria della vagina, da un fondo cieco che risulta tale anche all'esame collo speculum di Cusco collocato in più direzioni. La mucosa laterale e del fondo era normale di colorito, senonchè le creste erano del tutto spianate; non fu possibile riconoscere un orificio anche minimo; al centro però del fondo cieco esisteva una sottile rugosità. Fissando questa regione col dito esploratore e deprimendo colla mano ipogastrica l'utero, era possibile avere la sensazione di un corpo voluminoso e resistente, pochissimo mobile. Fuori di questa zona centrale non era possibile raccogliere sensazioni altrettanto precise. Coll' esame retto-addominale l' utero si poteva giudicare di forma sferoidale, del volume approssimativo di una testa di feto a termine. Nulla di più istruttivo offriva la sonda introdotta in vescica contro al dito vaginale o rettale. Il setto vescico-vaginale era di spessore normale sotto il livello del cul di sacco. Fissando questo ultimo dalla vagina era possibile apprezzare dal retto il livello più alto del collo uterino, pienamente indipendente, dal fondo cieco. Ma dallo stesso fondo cieco non sono possibili apprezzamenti precisi sulla forma del collo uterino, perchè il fondo è poco estensibile.

Le mestruazioni cominciate in epoca normale continuarono regolarmente per tempo, un po' scarse e un po' dolorose fino al momento del matrimonio a cui seguì prontamente la gravidanza, giudicata tale per l'aumento di volume dell'utero e per tutti gli altri segni probabili. Unica sofferenza nel matrimonio con uomo robusto era la dispareunia, per la quale fu richiesto il medico. Nulla di notevole, del resto, nel gentilizio, nessuna malattia di entità neppure nell'infanzia; attualmente anemia.

Doveva formarsi il giudizio di probabile restringimento anulare della vagina preesistente alla gravidanza, e trasformato in atresia per traumi del coito nel corso della stessa. La sottile rugosità centrale rappresentava verosimilmente la cicatrice formatasi al posto dell'orificio precedente. Era difficile formulare giudizi più precisi, mancando la sondatura della loggia sovrastante al restringimento. È da ritenere che il setto fosse più basso, originariamente, e respinto poi alla sede attuale per l'influenza dei traumi ripetuti, come fa pensare anche l'appianamento delle creste. La gravidanza (riservando ogni intervento al parto) raggiunse il termine il 20 Aprile 1893 disturbata da leucorrea

intensa negli ultimi mesi, e negli ultimi giorni da edemi diffusi e molestie gastriche e cefalea, albuminuria leggera. Quest' ultima era già sensibilmente migliorata, quando si determinò il travaglio nel giorno riferito a ore 1 antim. Il periodo dilatante fu nelle prime ore accompagnato da vomiti ripetuti, scariche diarroiche. La levatrice assistente al parto, Giulia Ghillini, osservò un normale andamento di contrazioni, e avendo praticate essa le prime esplorazioni in travaglio, dichiarava che ai primi dolori la vagina manteneva inalterato il fondo cieco; in progresso percepì al centro una depressione circolare, molto limitata, con la sensazione di una debole resistenza membranosa nel fondo. Finalmente al posto della depressione ingrandita, comparve un foro. Alle 2 pom. dello stesso giorno, esplorando la partoriente, varcai facilmente questo foro ad orlo irregolare e spesso pochi millimetri, con un diametro di 1 1[2 cm. circa. Il setto appariva più basso che prima. A mezza falange di altezza dal livello del setto, col dito indice si ha l'impressione di una seconda membrana meno tesa (fuori di contrazione) che sembra situata in un piano obliquo alla precedente, è infatti inserita molto più vicina ad essa in avanti e a destra, che indietro e a sinistra dove è il maggiore spazio. In avanti anzi i loro limiti sono fusi in una concavità appena sentita. La membrana superiore, che appartiene al normale collo uterino disfatto, in addietro e a sinistra, cioè posteriormente e di lato all' apertura del setto presenta un orificio, o bocca, rotondeggiante ad orli acuti e più regolari di quelli dell'apertura indicata; il diametro di questa bocca non superava 3 cm. Traverso la bocca, nella contrazione si percepivano le membrane dell'uovo tese, e nella pausa le suture della testa fetale: queste ultime anche fuori degli orli traverso il tessuto assottigliato corrispondentemente al piano di quest'ultimo; il corpo uterino era deviato in avanti ed, esageratamente, a destra. La loggia superiore al setto, colla forma descritta, non presentava irregolarità di superficie e il setto, neppure durante la tensione, aveva le forme dei diaframmi per strumenti ottici di Delaunay, o di tramezzi ad angoli di Chailly e Debierre, ma il suo spessore rapidamente crescente verso la periferia al più ricordava la forma di un disco biconcavo. Il feto era situato longitudinalmente con dorso a sinistra e anteriormente, la testa, col vertice, in basso O.I.S.A. Il battito fetale regolare, così l'andamento delle doglie. Il bacino normale. L'orina presentava appena traccie di albume. Alle ore 7 1[2, cioè 19 1[2 dal principiare dei dolori, la donna si mostrava sofferente, e la levatrice aveva avvertito l'uscita repentina di liquido tinto di meconio dai genitali, il battito fetale disordinato. Confermai i reperti e rilevando che l'apertura del setto era aumentata appena al grado da ammettere l'ingresso a due dita, mentre gli orli erano irregolari ma resistenti, intrapresi lo sbrigliamento, con un isterotomo, sulla guida di due dita. Praticai piccole incisioni multiple nel lato sinistro e in addietro dove

il setto era più largo e distinto per l'ampiezza del seno vaginale sovrastante. Mano mano che ingrandiva l'orificio, introducendo altre dita col progressivo ampliamento furono pressochè raggiunti i diametri normali della vagina, senza emorragia degna di nota. La bocca uterina era dilatata quasi al completo, la testa vi poggiava strettamente, trovandosi ancora colla massima convessità allo stretto superiore. Applicai con la guida della mano destra la prima cucchiaia di un forcipe Simpson modificato (a collo più stretto) al lato sinistro del bacino. Con qualche stento collocai la seconda anche per la resistenza che il setto offriva ancora al lato destro e articolando facilmente impresi le trazioni. Prontamente la testa raggiunse il fondo dello scavo, continuando dal momento delle incisioni una debole perdita di sangue. Per le condizioni favorevoli del perineo, e avuto riguardo allo stato del feto, disimpegnai la testa, rotata, piuttosto rapidamente. Il feto venne alla luce in istato di asfissia cianotica e fu rianimato facilmente. Dopo l'estrazione comparve discreta e insistente emorragia, ribelle alle manovre esterne, tantochè dovette praticarsi il secondamento artificiale. Con questo potei assicurarmi che la placenta, molto ampia, aveva una inserzione estesa in basso, indietro e a destra. La vagina dava l'impressione di una cavità normale piena di grumi. Nonostante la pronta contrazione dell'utero, i fenomeni anemici si fecero più intensi dopo il parto, con malessere, polso piccolo, cute fredda. Tuttavia la puerpera ritornò presto in condizioni normali, decorrendo poi regolarmente il puerperio sino alla fine, anche l'albuminuria scomparve presto. Il neonato era di sesso femminile, ben conformato, lungo cm. 49 1[2, di 3000 gr. circa di peso. La placenta era trilobata coi diametri maggiori: 24 × 23 cm., il cordone cm. 47. La bambina vive tuttora e fu allattata al seno materno.

In 12.ª giornata di puerperio esplorando la vagina non fu possibile rinvenire lembi del setto, ad eccezione di qualche traccia in forma di rilievo lineare della parete posteriore, appena apprezzabile.

2.° E. C., di Bologna, di anni 32, Ipara sana e robusta, entrò in travaglio a termine il giorno 10 Ottobre 1893 alle ore 4 ant., con andamento di doglie regolare. Alle ore 2 pom., invitato a visitarla per un'anomalia vaginale, trovo la donna sofferente. Fondo uterino deviato notevolmente a destra, situazione fetale longitudinale con testa in basso, battito cardiaco regolare. Il bacino è normale, così i genitali esterni. All'esplorazione vaginale, attesa la primiparità, riscontro la vagina piuttosto ampia per tutta la metà inferiore, più alto non si percepiscono fornici nè collo uterino, invece ad un livello riferibile circa al terzo superiore della lunghezza ordinaria del canale, si ha la sensazione di una vòlta tesa a resistenza membranosa, interrotta a destra e indietro da un foro ampio circa 2 cm., che ha un orlo ben netto in avanti a destra, nel lato opposto è irregolarissimo e cedevole anche sotto la

pressione del dito. Infatti, oltre che per l'irregolarità della forma, questo caso è distinto dal precedente per un grado singolare di lacerabilità del tessuto degli orli. Questa vôlta che chiudeva la vagina in alto era così ben lungi dal rappresentare la nota figura della vôlta vaginale, che si percepiva inoltrando il dito in alto al disopra di questo orlo sottile, in avanti e a sinistra del quale era la normale bocca uterina dilatata per 2 cm., con l'orlo acuto caratteristico delle primipare. Nel campo della bocca trovansi le membrane integre e la testa fetale che è in presentazione di vertice, p. l.ª. Anche in questo caso la loggia costituita dall'utero colle pareti vaginali atteggiate a setto è più spaziosa in addietro, per la disposizione obliqua del setto. Questa cavità però è assai meno regolare perchè due sporgenze, a guisa di valvole falciformi girano dalle vicinanze dell'utero, posteriormente in basso e in avanti nei lati: la maggiore di queste (destra) comincia nel lato sinistro, l'altra, nella linea mediana. Attualmente non eravi indicazione all'intervento. La levatrice assistente signora Teresa Ungarelli riferiva che 15 giorni prima, i sepimenti sopranotati erano assai più resistenti che al presente, che però esisteva l'orificio dal quale pareva percepirsi il diaframma superiore, ma con risultato di sensazioni poco chiare. Le mestruzioni, comparse a tempo normale, furono sempre scarse avanti la gravidanza, il coito è riuscito sempre penoso lasciando dolorabilità e stillicidio sanguigno durevoli. La gravidanza non aveva presentato altri fatti notevoli. Anche in questo caso nulla esisteva degno di menzione nel gentilizio, e non vi era mai stata malattia che la obbligasse al letto, neppure da bambina. Tornando al soprapparto, si verificò più tardi la rottura delle membrane ovulari, a dilatazione quasi completa essendo continuate le doglie regolari fino a quel punto. Dopo, le contrazioni si erano fatte gradatamente rare e deboli, la donna si mostrava agitata e sofferente, e il travaglio procedette così disordinato, senza pregiudizio sensibile del feto fino alle 11 di sera. Il diafragma vaginale era, a dilatazione uterina completa, ancora sovrabbondante a destra, cioè nella regione dell'orlo più resistente. Per le condizioni riferite credetti opportuno intervenire sbrigliando con relativa facilità ed emorragia assai limitata gli orli del setto, già assottigliati e allontanati, colle dita. Applicai le cucchiaie del forcipe sulla testa nello scavo, e ai lati della testa, vincendo con qualche stento le prime resistenze, dopo le quali l'occipite raggiunse l'uscita, rotando normalmente. Il disimpegno si verificò a spese di un leggero lacero perineale. Il feto era di sesso maschile, assai voluminoso, un leggero grado di asfissia presentato alla nascita fu presto superato. Il secondamento fu spontaneo. Dopo l'operazione la temperatura ascellare della donna segnava 37. 2. Il puerperio decorse normale nei primi giorni, dopo i quali la donna volle abbandonare il letto per riprendere occupazioni manuali faticose. Non fu possibile assumere misure precise del feto e annessi.

In questo caso, come fu avvertito, subito dopo il parto si raccolse il materiale per un esame istologico, essendo ancora apprezzabile in queste condizioni, un lembo di tessuto, come rilievo molle o festone, in corrispondenza del lato destro. A sinistra e nei fornici si palpavano solo superfici irregolari.

3.° L. V., di anni 25, di Imola, Igravida, sana, di statura media, nel Dicembre 1893 toccava il 6.° mese; nel terzo medio della vagina, a genitali esterni normali, presenta un'aderenza incompleta delle pareti che distesa collo speculum dà l'aspetto di un setto membranoso anulare. L'orificio rotondeggiante ad orli sottili e regolari, leggermente eccentrico verso destra, ammette quasi intiera la prima falange del dito indice. L'utero di volume corrispondente all'età di gravidanza, è in situazione normale, come potè confermarsi dopo la escisione parziale praticata a scopo di esame istologico; il feto vivo. La mucosa del setto è in tutto analoga, fino all'orlo, a quella della rimanente vagina, per colorito, ha aspetto uniforme. Nella vagina inferiore esistono creste normali. Dopo l'escisione la vagina è appena leggermente ristretta nel suo mezzo per una sporgenza lineare. La gravidanza continua il suo decorso regolarmente fino a termine. Il parto fu spontaneo (non osservato). Il decorso precedente della gravidanza era stato normale, come fu assicurato dalla levatrice Teresa Ungarelli, che l'ha assistito. La donna non ricorda di aver subìta alcuna malattia, neppure nell'infanzia. Le mestruazioni, cominciate a 13 anni, furono sempre regolari. Furono avvertite solo lievi molestie nel coito, che del resto fu sempre incompleto (praticato furtivamente e di raro non essendo la donna maritata).

(Continua).

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Pavia
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

Sull'albuminuria nei tumori uterini e nei tumori ovarici

PEL

Dott. LUIGI NEGRI

2.° assistente.

I due sistemi, genitale ed urinario, che la storia dello sviluppo già ci dimostra strettamente uniti, si trovano nell'adulto così intimamente collegati per connessioni nervose e vascolari, per rapporti anatomici e topografici, che non dobbiamo meravigliarci se a tale concatenazione anatomica e genetica corrisponda una certa solidarietà clinica nei due apparati.

Nella donna già nello stesso esplicarsi dell'attività fisiologica genitale è frequente la compartecipazione dell'apparato urinario alle modificazioni avvenute nell'apparato genitale. Nella mestruazione, nella gravidanza, nel parto e nel puerperio è sovente richiamata la nostra attenzione da parte degli organi urinarii. Disturbi vescicali più o meno notevoli, talora vere alterazioni anatomiche della mucosa vescicale e degli ureteri e persino alterazioni del parenchima renale (rene gravidico) complicano tali stati fisiologici.

Dal lato patologico è noto l'associarsi frequente di disturbi vescicali alle varie forme d'affezioni uterine (spostamenti, processi infiammatorii): oggidì poi s'ammette da alcuni un'azione esercitata dalle alterazioni degli organi sessuali sulla secrezione urinaria, indipendentemente da lesioni anatomiche palesi del rene; intendo parlare della insufficienza funzionale di questo, la quale si osserverebbe in parecchie affezioni ginecologiche (p. es. nell'endometrite) (1). Da lungo tempo infine è stata richiamata la nostra attenzione sopra le alterazioni dell'apparato urinario, le quali si accompagnano all'avanzarsi delle affe-

(1) M. Mann ed Etheridge. « Renal insufficiency in gynécological cases. » *Amer. Gyn. Soc.*, Maggio 1895. — C. Frederich. « The relation of renal insuff. to surgical operation. » *American Gyn, and Obst. journal*, Nov. 1894. — W. M. Armstrong. « The latent gout of the menopause. » *British Gyn. Soc.*, Nov. 1896.

zioni maligne dell'utero. I rapporti di vicinanza della vescica e dell'uretere colla sede più frequente della malattia, col collo uterino, rendono facile l'interpretazione delle gravi cistiti, delle perforazioni della vescica e non di rado dell'occlusione degli ureteri cui susseguono processi pielitici, nefriti e, clinicamente, manifestazioni uremiche le quali spesso chiudono il quadro clinico di tali affezioni.

Per quanto riguarda i *tumori fibrosi dell'utero* ed i *tumori ovarici*, scorrendo la letteratura (1) noi troviamo qua e là riportate isolatamente numerose osservazioni di complicanze da parte dell'apparato urinario associate a tali tumori. Sono osservazioni di cistiti, di pieliti, pielonefriti, nefriti, idronefrosi complicanti il decorso delle suddette affezioni e spesso compromettenti l'esito di eventuali atti operativi.

A tali complicazioni accennano pure i vari trattati, sono al contrario assai scarse le memorie che s'occupano in modo un po' diffuso di tale argomento. Nonostante i lavori del Pozzi, del Rochet e del Pourrat (2), non si può dire esista ancora uno studio sistematico basato sopra un vasto materiale clinico il quale si occupi del modo di comportarsi degli organi urinari ed in ispecial modo dei reni in tali tumori.

Avendo avuto campo in Clinica d'osservare alcuni casi di complicanze da parte degli organi urinari in pazienti affette da fibromi uterini e da tumori ovarici, ed avendo occasione d'osservare annualmente una numerosa serie di tumori addominali, consigliato dal prof. Mangiagalli, volli portare un contributo a tale studio. Mi giovai per questo, oltre che delle mie osservazioni, anche di quelle numerose riferite nelle storie cliniche del Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano nel periodo in cui fu diretto dal prof. Mangiagalli, dal 1888 al 1895, e di quelle raccolte nello stesso corso di tempo nella

---

(1) Fourestié. *Gaz. méd. de Paris*, 1875. — Salin et Wallis. *Centralblatt für Gyn.*, 1887. — Howitz. *Centr. f. Gyn.*, 1886. — Cabot. *Boston med. and surg. journal*, vol. 116, p. 517. — Olshauseun. *Deutsche Zeitsch. für Chir.*, vol. XVII ed « Handbuch der Frauenkrankheiten » Billroth e Luecke, 1886, vol. II. — Tuffier. *Bulletin de Chirurgie*, 1893, vol. XIX. — Charles Briddon. *Centr. für Gyn.*, 1884, N. 23. — Terrillon. *Ann. de Gyn.*, 1884, vol. XXI. — Christowitch. *Bull. gén. de thérap.*, 1890, vol. 119. — Mac Mordie. *The Lancet*, 1891.

(2) S. Pozzi. « De la valeur des altérat. du rein consécutives aux corps fibreux de l'utérus. » *Annales de Gyn.*, 1884, Luglio. — Pourrat. « Des troubles urinaires complicant les tumeurs fibreuses de l'utérus. » Thèse, Paris, 1884. — Rochet. « Des indications opér. que présentent certaines tumeurs ayant comprimé les urétères, ecc. » *Archives de tocol.*, vol. XXI, 1894.

Clinica di Pavia. Aggiungendo alle mie osservazioni quelle così riunite, posso riferire le mie considerazioni ad un complesso di 215 tumori ovarici e 340 tumori fibrosi dell'utero in cui fu metodicamente fatto l'esame delle urine.

Io ho preso come punto di partenza per tale studio uno dei sintomi fondamentali e generali delle malattie delle vie urinarie, *l'albuminuria*, perchè è in generale la prima ricerca che si fa d'abitudine e perchè coadiuvata da un attento esame microscopico dei sedimenti ha pur sempre un valore clinico altissimo. È d'uopo però premettere che l'albuminuria, come non è sempre indizio di malattia renale, così può mancare anche in affezioni gravi del rene causate da tumori. Il Verneuil (1) aveva già insistito su questo fatto, il Pourrat sopra cinque osservazioni di alterazioni renali nei fibromi, riportate nella sua tesi, riscontrò albuminuria una sol volta e mai cilindri. L'Hanot, il Briddon ed il Rochet riportano pure osservazioni di gravi alterazioni renali associate a tumori addominali e riscontrate all'autopsia, senza pregressa albuminuria.

Un'*osservazione* di tal genere posso aggiungere io pure:

1. M. M., 42. Fibroma cistico a sviluppo intralegamentoso. *Urine senz'albumina ad esami ripetuti.* Laparomiomectomia. *Pure dopo l'operazione manca albumina.* Morte in 16.ª giornata per meningite cerebrospinale. All'autopsia oltre ad un processo di nefrite acuta dovuto all'infezione si trovò *il rene sinistro estremamente atrofico, ridotto ad 1/3 del volume normale con un'ectasia cistica dei bacinetti. Il destro esageratamente aumentato di volume presenta pur esso ectasia dei bacinetti.*

Il *reperto negativo* rispetto all'albuminuria non ci autorizza quindi in modo assoluto ad escludere la possibilità di lesioni renali; dovremo, per ciò fare, servirci di tutti gli altri metodi di investigazione che ci offre la Clinica e sopratutto sorvegliare accuratamente il modo di comportarsi della funzione renale.

Un'*anamnesi* accurata ci rivelerà eventualmente una qualsiasi affezione pregressa che possa aver lasciato traccie di lesioni renali, ci rivelerà pregressi disturbi nella minzione ed una possibile diminuzione della quantità delle urine. L'osservazione attenta della *sintomatologia*

---

(1) Citato dal Pourrat, vedi lav. soprac.

clinica, cui dà la massima importanza il Rochet, ci farà vedere se esistono sintomi riferibili ad uremia cronica (disturbi gastro-intestinali, alterazioni degli organi dei sensi, crisi dispnoiche, cefalea). Di poca utilità ci sarà per lo più la *palpazione* diretta del rene coll'esame bimanuale e ciò per la coesistenza del tumore addominale che la renderà sovente impossibile: in qualche raro caso potrà forse rivelarci alterazioni di forma, di volume (idronefrosi) od uno stato di dolorabilità del rene. Utilissimo invece ci sarà l'esame diligente delle alterazioni quantitative dell'urina e dei materiali solidi con essa eliminati. Per ciò che riguarda la *quantità* delle urine, già lo Spencer Wels (1) aveva fatto rilevare che in certi tumori ovarici si ha notevole abbassamento di essa: egli sconsiglia un intervento in tali condizioni, ammettendo, e con lui il Lawson Tait (2), che data una scarsa secrezione di urina s'accumulino materiali nel sangue che favoriscono il sopravvenire di forme infiammatorie. Gli studi moderni, tra cui mi basti citare quelli del prof. Grocco (3), sopra l'importanza dell'insufficienza funzionale del rene, danno loro ragione e rendono indispensabile tale esame delle oscillazioni della quantità giornaliera dell'urina e del suo *peso specifico*. Nelle osservazioni che seguono io riferisco qualche caso in cui tale insufficienza renale è nettamente dimostrata (*osservazioni* 2.ª [1.ª cat.], 4.ª, 21.ª, 24.ª, 42.ª, 45.ª [*3.ª cat., 2.º gruppo*]). Utile pure ci sarà il giornaliero *dosaggio dell'urea* eliminata. A proposito di questo mi basti ricordare come esso abbia da solo oggi minore importanza di quanta gli si attribuiva per l'addietro (4). Dalle ricerche di Henri Hartmann e Charles Gundelach (5) risulterebbe che nei tumori addominali una eventuale *ipoazoturia* (a meno che non sia eccessiva ed in tal caso lo stato cachettico della paziente ci mette già sull'avviso), è un sintomo di valore relativo, non avendo la sua presenza in molti casi prodotta alcuna complicazione nel decorso postoperatorio e d'altra parte trovandosi spesso gravi alterazioni renali con un procento abbastanza elevato di urea. Due osservazioni da me fatte quest'anno in Clinica,

---

(1) T. Spencer Wels. « Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. » Paris, 1883, p. 279.

(2) Citato dal Charles Briddon nel lavoro soprac.

(3) *Gazzetta medica di Torino*, 1892, N. 37, 39, 40.

(4) Rauzier. « De la diminution de l'urée, etc. » Thèse Montpellier, 1889, cit. dall'Hartmann.

(5) « Contribution à l'étude de la valeur séméiologique de l'Hypoazoturie au point de vue du diagnostic et du pronostic des affections chirurgicales. » Estratto dagli *Ann. de Gyn.*, 1889.

danno ragione di quest'ultimo asserto essendosi trovato in ambo i casi un procento d'urea abbastanza elevato, nel mentre alla morte si trovò, in un caso, una grave pielonefrite calcolosa e nell'altro un processo diffuso di degenerazione grassa del parenchima renale. Con tutto ciò anche il dosaggio dell'urea unito a tutte le investigazioni sovraesposte e ad un esame accurato microscopico dei sedimenti, sarà necessario ogni qualvolta noi vorremo renderci ragione ben chiara delle condizioni dell'emuntorio renale. Nè basterà che un tale esame si faccia una sola volta, ma si dovrà ripetere a più riprese, potendo oggi rendersi palese una lesione che ieri c'era sfuggita: così facendo, se pure è ancora possibile, sarà oltremodo difficile ci sfugga un'alterazione qualsiasi del parenchima renale e si eviteranno all'operatore delle tristi sorprese.

Del valore d'una sola di queste ricerche io ho detto che intendo per ora occuparmi, della ricerca dell'albumina. Un'albuminuria per essere considerata fisiologica dovrebbe stare rigorosamente nei limiti di traccie non apprezzabili coi nostri mezzi ordinarii, ed è quindi da considerare come patologica ogni qualvolta i nostri soliti reattivi ci manifesteranno la sua presenza persistente (1).

Sopra il complesso di circa 555 tra tumori ovarici e fibromi uterini io ho potuto raccogliere 68 casi in cui la ricerca dell'albumina diede risultato positivo, cioè nel 12.2 0[0. Non in tutte queste osservazioni però l'albuminuria è in rapporto diretto coll'esistenza del tumore, nè, laddove questo rapporto esiste, essa ha sempre lo stesso significato. Espongo quindi succintamente i singoli casi per poi passare, sulla base dei dati che ho potuto raccogliere, alla discussione del vario significato dell'albuminuria in ciascuno di essi.

Credo opportuno innanzi tutto distribuire le mie osservazioni *in tre categorie:* la prima comprende i casi in cui probabilmente l'albumina è dovuta a cause preesistenti al tumore, la seconda quelli in cui presumibilmente essa è dovuta a cause associate al tumore, la terza quelli in cui si deve accettare che il tumore è la causa dell'albuminuria: quest'ultima categoria l'ho poi suddivisa in due gruppi, a seconda che avvennero o non avvennero nel tumore alterazioni che ci possono dar ragione della presenza d'albumina nelle urine.

(1) STRUEMPELL. « Trattato di patologia speciale medica, » vol. II, pag. 5, 3.ª ediz. italiana.

I.ª Categoria (l'albumina è probabilmente dovuta a cause preesistenti).

	Diagnosi	Altri dati clinici	Urine prima	Cura	Urine dopo	Osservaz. ulteriori
1.ª O. R., 46, pluripara. Osservaz. personale nella Clinica ostetrico-ginec. di Pavia.	Fibromi interstiziali e sottomucosi.	I disturbi datano da tre anni. Da 5 mesi edemi malleolari. *Insufficienza mitrale* e stato di profonda anemia.	Urine peso sp. 1028, *traccie d'albumina* all'esame dei sedimenti, numerosi leucociti, rari globuli rossi.	Isterectomia vaginale.	Dopo l'operaz. urine prime 24 ore cc. 500, 2.º giorno cc. 600, p. sp. 1027 e l'*albumina è aumentata*. Nei sedimenti numerosi globuli rossi e rari *cilindri jalini*. Nei giorni successivi l'albumina *va diminuendo*.	Decorso post-operatorio nei primi giorni affatto regolare. Apiressia. In giornata 11.ª la donna s'alza di notte da letto e muore improvvisam. All'*autopsia* nessuna alterazione anatomica speciale da spiegazione della morte. *Reni pallidi, normali, normali pure gli ureteri.*
2.ª G. C., 32, plurip. Comparto ginec. di Milano.	Cisti paraovarica.	Già curata all'Ospedale per *nefrite*. *Insufficienza mitrale*. Catarro bronchiale, ascite.	Urine q. 700, peso spec. 1025, *traccie d'albumina*. Rari *cilindri jalini* cospersi di globuli bianchi e goccioline adipose. Rari *epitelii renali* degener.	Puntura.	Mancano ulteriori indicazioni.	—
3.ª B. P., 49, plurip. Comparto ginec. di Milano.	Fibromi interstiziali.	Da due anni perdite atipiche. Oligoemia. *Insuffic. mitrale*.	*Albumina* nelle urine in scarsa quantità.	Controindic. pel momento ogni atto oper., l'ammalata esce.	—	—

2.ª Categoria (l'albumina è presumibilmente dovuta a cause associate al tumore).

	Diagnosi	Altri dati clinici	Urine prime	Cura	Urine dopo	Osservaz. ulteriori
1.ª P. F., 41. Osserv. pers. in Clinica.	Fibroma interstiziale e sottomucoso.	Periovarosalpingite destra e probabile piosalpinge.	Urine giallo-torbide per enorme quantità di urati, p. sp. 1018, reaz. acida. *Traccie*	Cura solvente.	—	—

			che dopo filtrazione. Nei sedimenti globuli bianchi ed epitelii vescicali. Mantenendo ridotto l'utero l'albumina scompare.		*ta*. Nei giorni successivi urine 600, 800 ma poi si fanno *scarsissime* ed infine si ha *anuria*.	topsia: nulla agli altri organi, i *reni* si presentano *congesti*, *la capsula si stacca difficilmente. La sostanza corticale atrofica fortemente iperemica. Il parenchima giallastro degenerato. Le piramidi spiccano per congestione. Nefrite cronica riacutizzata.*
4.ª G. M., 33. Comp. ginec. di Milano.	Cistoma ovarico multiloculare.	Coesiste *gravidanza* al 6.º mese. Addome più sviluppato che in gravidanza gemellare	Urine reazione acida, p. sp. 1029. *Traccie d'albumina.*	Ovariotomia.	*Scompare* l'albumina.	Decorso normale post-operatorio. *Guarigione. Continua la gravidanza.*

3.ª Categoria (in cui si deve accettare il tumore come causa dell'albuminuria).

1.° Gruppo. — *Tumori che subirono alterazioni.*

	Diagnosi	Altri dati clinici	Urine prime	Cura	Urine dopo	Osservaz. ulteriori
1.ª M. R., 32, Osserv. pers. nella Clinica di Pavia.	Tumore solido dell'ovaio.	*Torsione* recente del peduncolo (da due anni datano i primi disturbi da parte del tumore).	Urine giallo-traspar. p. sp. 1009, *traccie d'albumina*, nulla nei sedimenti.	Ovariotomia. Narcosi durata minuti 35, cloroformio gr. 25.	Urine dopo l'operazione 750. *Aumentata* l'*albumina*, compaiono *cilindri jalini* e qualche raro *granuloso*.	Il polso dapprima di 84 battute al minuto, si fa poi più *frequente* sì da raggiungere i 120. Compaiono *delirio*, lievi *rialzi termici* che poi in 5.ª giornata raggiungono 39.5. Il polso si fa filiforme e *morte* in 5.ª giornata. All'autopsia: nulla al peritoneo, meningi iperemiche, fegato in degenerazione adiposa, *reni degenerati di volume più piccolo della norma. Sostanza corticale assottigliata, di colore giallastro. All'esame istologico gli epitelii presentano avanzata degenerazione adiposa.*

	Diagnosi	Altri dati clinici	Urine prima	Cura	Urine dopo	Osservaz. ulteriori
2.ª G. C., 27. Comp. ginec. di Milano.	Piccolo tumore ovarico con *torsione del peduncolo* e parziale peritonite secondaria.	Da pochi giorni dolori addominali, pochi urti di vomito, mitto frequente, leggiera febbre.	*Albuminuria* che scompare col riposo, e cessando la febbre.	—	—	L'ammalata vuole uscire dal Comparto.
3.ª B. M., 28. Comp. ginec. di Milano.	Cisti ovarica con *torsione* del peduncolo e peritonite.	Febbre e dolori.	Alquanto *albuminose*.	Ovariotomia.	*Diminuisce l'albumina.*	*Guarigione.*
4.ª B. M., 47. Comp. ginec. di Milano.	Cisti ovarica destra a *parziale sviluppo intralegamentoso suppurata.*	Vomito, dispnea, edemi e circolo collaterale pareti.	*Uno all'albuminometro* Esbach.	Ovariotomia, drenaggio.	—	Decorso complicato da tardivi rialzi termici con catarro bronchiale e decubiti. *Guarigione.*
5.ª M. P., 26, plur. Comp. ginec. Milano.	Cisti ovarica *suppurata* e peritonite.	*Pregresse punture.* Addome come in gravid. al 9.° mese.	Urine color giallo ambra, p. sp. 1018, reaz. acida, *traccie d'album., scarsi cilindri jal.*, leucociti isolati e a gruppi.	Ovariotomia, minuti 50, cloroformio gr. 55, drenaggio.	Urine prime 24 ore gr. 550, p. sp. 1018, bruno verdi limpide, reazione fenolo. Dopo 2 giorni *scomparsa albumina.*	Decorso normale. *Guarigione.*
6.ª B. C., 24. Comp. ginec. di Milano.	Cisti ovarica *suppurata.*	Pregresse ripetute *paracentesi* dopo l'ultimo parto (prematuro) e febbre.	*Albuminuria.*	—	—	Mancano altri dati.
7.ª L. C., 26. Comp. ginec. di Milano.	Cisti *intralegamentosa destra suppurata.*	Da 16 mesi dolori, inappetenza.	Urine p. sp. 1007 con *lievissime traccie di albumina.*	Ovariotomia.	*Aumenta l'albumina* dopo l'operazione e nel giorno susseguente *compaiono cilindri.*	Morte per *peritonite.*
8.ª B. A., 19. Clinica di Pavia.	Cisti ovarica *suppurata* con peritonite da rottura.	Pregressi dolori e febbre.	*Albuminuria lieve* che scompare prima dell'operazione e col riposo.	Ovariotomia.	Urine quantità 650 1.° giorno, 2.° giorno dopo l'oper. 580. Null'altro è notato.	*Morte.*
9.ª L. E., 59. Comp. ginec. di Milano.	Fibroma sottomucoso in *sfacelo.*	Addome come in gravidanza al 5.° mese. *Manifestazioni settiche.* Perdite fetenti.	*Traccie* d'albumina.	Raschiamento.	—	Rialzo passeggiero della temperatura. *Guarigione.*
10.ª C. R., 40.	Fibroma del lab-	Da pochi giorni il	Urine acide, tra-			

2.° Gruppo. — *Tumori che non subirono alterazione alcuna.*

1.ª G. P., 24, Osserv. pers. in Clinica.	Cisti ovarica.	Da due anni ventre ingrossato, amenorrea da 4 mesi. Nessuna malattia infettiva pregressa. Negli ultimi mesi *cefalea*, urinazione più abbondante del solito. Cuore spostato in alto dal tumore; addome sviluppato come in gravidanza a termine. Negli ultimi giorni *urinazione scarsa*.	Urine giallo-rossigno, quantità 1040, p. sp. 1014, reazione acida, evidente presenza di albumina 1|2 ‰ (esami ripetuti). Nei sedimenti numerosi *cilindri jalini*, qualche *cilindro granuloso*, *epitelii renali in via di degeneraz. grassa*. Sotto cura lattea aumenta l'urina, quantità 1900, peso sp. 1019, urea 16 ‰, *diminuisce l'albumina*. *Scarsi cilindri jalini*, non se ne vedono di *granulosi*.	Ovariotomia. Narcosi min. 45, cloroformio cc. 20.	Notevole quantità di albumina (*aumentata* oltre al 1|2 ‰) dopo l'oper. *Numerosi cilindri jalini e granulosi*, quant. urine in 24 ore 550, p. sp. 1023. Nei sedimenti pure cellule *epitelio renale* e globuli rossi. Urea 11 per mille. In 30.ª giornata non persistono che *traccie lievissime d' albumina*. Nei sedimenti qualche raro *cilindro jalino*, scarsi globuli bianchi e null'altro.	Scarsi vomiti nel decorso post-operatorio affatto normale. Apiressia. *Guarigione*.
2.ª I. S., 38. Osserv. pers. in Clinica.	Fibromi multipli sottosierosi del corpo dell'utero, circonf. add. 106.	Da 2 anni iniziò la tumefazione, che ora è cresciuta rapidamente negli ultimi mesi. Lieve aumento nella durata delle mestruazioni. Non disturbi nella minzione.	Urine color rosso-giallo trasparenti, reaz. acida, quantità 900 in 24 ore, peso sp. 1021. *Lieve opacamento albuminoso*. Nulla ai sedimenti.	Laparomiomectomia, trattamento esterno del peduncolo. Narcosi min. 70, cloroformio cc. 55.	Urine dopo l'operazione quantità 1500, p. sp. 1016. *Aumentata l'albumina*. Molti *cilindri jalini* e qualche *granuloso*. In 20.ª giornata non persistono più che traccie *minime d'albumina* e nulla ai sedimenti.	Decorso normale apiretico. *Guarigione*.
3.ª C. T., 53. Osserv. pers. in Clinica.	Cistoma ovarico a parziale sviluppo *intralegamentoso*.	Pregressa infezione celtica, pregresso attacco apopletico. Alcoolista. Da 4 anni aumento nel volume del ventre e dolori. Addome sviluppato come in gravidanza gemellare a termine.	Urine reazione acida, trasparenti, giallo-chiare, p. sp. 1017. *Lieve opacamento albuminoso*. Ai sedimenti qualche raro *cilindro jalino*. Globuli bianchi isolati e a gruppi.	Ovariotomia. Narcosi min. 50, cloroformio gr. 37.	*Aumenta l'albumina* dopo l'operazione. Numerosi *cilindri jalini*, *qualche rarissimo granuloso*. *Scompare* tutto dopo qualche settimana.	Decorso normale. *Guarigione*.
4.ª P. M., 34. Osserv. pers. in Clinica.	Cistoma ovarico.	Da un anno aumento nel volume del ventre, da 6 mesi diminuita la quantità delle urine.	Urine quant. cc. 500 in 24 ore, p. sp. 1018, evidenti *traccie di albumina*.	Ovariotomia.	Dopo l'operaz. urine acide trasparenti, cc. 880 in 24 ore, con *traccie d'albumina*.	*Guarigione*.

	Diagnosi	Altri dati clinici	Urine prima	Cura	Urine dopo	Osservaz. ulteriori
5.ª M. T., 42. Osserv. pers. in Clinica.	Fibroma cistico della parete posteriore dell'utero a sviluppo *intralegament.*	Da due anni e mezzo tumefazione, da un anno dolori e dimagramento.	Urine quantità 1320, p. sp. 1021, colore giallo-citrino, reaz. debolmente acida, non zucchero, *traccie d'albumina* ad esami ripetuti. Nei sedimenti epitelii prime vie, globuli bianchi, *scarsi cilindri jalini*, qualche *cellula epitelio renale*, urea 10 ‰.	Isterectomia totale. Narcosi *etere* cc. 195, m' 80. Peso del tumore Kg. 9. Durante l'operazione si rileva che l'uretere di destra è dilatato e raggiunge la grossezza d'un mignolo.	Urine prime 24 ore dopo l'operazione, gr. 320, *aumentata albumina;* seconde 24 ore quantità 725. Urea 16 ‰. Nei sedimenti globuli rossi, *cilindri jalini* scarsi, qualche cellula *epitelio renale.* Nei giorni successivi quantità 890, 1280 in 5.ª giornata, l'albumina scompare. Ricompare l'albumina nei giorni successivi. Nei sedimenti non si scopre che una notevole quantità di *globuli bianchi.*	Decorso regol., apiretico dapprima, in 6.ª giorn. *lievi rialzi*, mass. 38.8. Il polso si fa sempre più *frequente*, le condiz. vanno peggior., *morte* in 10.ª giorn. L'*autopsia* dà: nulla agli altri organi, l'appar. urin. presenta: *Ureteri dilatati entrambi specie il destro*, i *bacinetti ren. fortem. dilat. e contenenti una modica quant. di liquido puriforme. La sostanza parenchimatosa del rene è notevol. ridotta e presentasi di color rosso grigio. Pielonefrite.*
6.ª S. C., 37. Osserv. pers. in Clinica.	Fibroma sottosieroso della parete inferiore laterale destra del corpo uterino.	Da 7 anni dolori alle reni, da 2 difficoltà nella minzione.	Urine color giallo pallide trasparenti, acide, *traccie minime d'albumina*, peso sp. 1027. Nei sedimenti rari *cilindri jalini*, qualche isolato *granuloso*, rari globuli bianchi.	Isterectomia vaginale (forcipressura, morcellement). Narcosi *etereu.*	Urine dopo l'operazione, prime 24 ore quant. 380, 2.º giorno 355, poi 450, 680. In 5.ª giornata 650, p. sp. 1023, colore giallo rosso, notevole *opalescenza albuminosa.* Rarissimi *cilindri jalini e granulosi.*	Decorso normale. *Guarigione.*
7.ª B. R. 42. Osserv. pers. in Clinica.	Fibromi multipli interstiziali e sottosierosi.	Non disturbi da parte del retto e vescica. Negli ultimi anni deperita. Negli ultimi mesi *cefalea*, abbondanti perdite emorragiche. Nulla all'esame generale.	Urine prima dell'op. in 24 ore 1400, peso sp. 1013, giallo chiare, reazione acida. Notevole opalescenza *albuminosa.* Ai sedimenti *grande quantità di globuli bianchi isolati e a gruppi.* Urea 16 ‰.	Isterectomia totale. Narcosi *etere:* cc. 175, duminuti 65.	Urine prime 24 ore dopo l'operazione 1100, p. sp. 1014. Urea 16 ‰. La quantità delle urine va poi giornalmente abbassandosi: 850, 890, 80.	Rialzi febbrili e *morte* in 6.ª giornata (dispnea, polso filiforme). All'*autopsia*: *Ureteri di volume normale, i due reni trasformati in due sacche marciose con numerosi calcoli faccettati. Pielonefrite calcolosa.*
8.ª P. T., 46.	Fibroma *enorme*	Da 5 anni tumefazio-	Urine giallo chiare,	Esportazione.	Dopo l'operazione le	*Guarigione.*

10.ª R. R., 38. Comp. ginec. di Milano.	Fibroma uterino.	Da 2 mesi dolori nella minzione. Bruciore e tenesmo. Reliquati di *peri* e di *parametrite*.	lume, urine p. specifico 1020. L'esame dei sedimenti rivela *cistite*.			
11.ª N. N., 49. Clinica di Pavia.	Fibroma uterino.	Pregressa febbre. Dolori.	Urine giallo chiare, trasparenti, reazione acida, poco albuminose. Nei sedim. *rarissimi cilindri jalini* e *granulosi*, *numerosi globuli bianchi*.	Cura palliativa.	—	Vuole uscire di Clinica.
12.ª G. C., 52. Comp. ginec. di Milano.	Tumore ovarico.	Da alcuni giorni febbre, minzione dolorosa, frequente ed ostinata cefalea. *Essudati pelvici*.	Urine torbide, alcaline, *discreta quantità di albumina*. L'esame dei sedim. rivela *cistite*.	Lavature vescicali.	Diminuisce l'albumina: *migliora la cistite*.	Esce allo *statu quo* per quanto riguarda il tumore.
13.ª P. A., 44, Comp. ginec. di Milano.	Fibroma uterino con piccola cisti ovarica.	—	Lievi traccie di albumina, nei sedimenti scarsi globuli bianchi, qualche *cilindro jalino* e qualche elemento dell'*epitelio renale*.	Isterectomia vaginale.	Subito dopo l'operazione *aumentano la albumina* e *cilindri* poi *diminuzione* e in 15.ª giornata l'albumina è ridotta a *minime traccie*. Nulla ai sedimenti.	*Guarigione*.
14.ª N. N., 34, Clinica di Pavia.	Fibromi del labbro anteriore del collo.	—	Urine acide, scarsissime, pallide, *traccie di albumina*.	Esportazione.	Urine reazione acida, p. sp. 1018. *Permane l'albumina*.	*Guarigione*.
15.ª N. N., 31. Clinica di Pavia (1885).	Cisti ovarica.	Presenta un gavocciolo aderente alla sinfisi sacro-iliaca destra, non difficoltà nella minzione.	Urine torbide, odore urinoso, reazione debolmente acida, p. sp. 1030, *notevole opacamento albuminoso*.	—	—	Consigliata a ripresentarsi più tardi, si perde di vista.
16.ª N. N., 46, nullip. Clinica di Pavia.	Fibroma uterino.	Non pregressa malattia alcuna. Da 3 settimane *edemi* agli arti inferiori e *diminuzione urine*. *Dispnea*.	Urine reazione acida, p. sp. 1028, tenue *quantità d'albumina*. Su 3 preparati 2 cilindri *granulosi*.	Cura medica.	Passa in sala medica per la cura della *nefrite*.	—
17.ª C. C., 42, plurip. Comparto ginec. di Milano.	Fibroma uterino interst. della parete sinistra del corpo uterino.	Menorragie copiose.	*Albuminuria lieve*.	Cura elettrica.	Nulla è notato.	—

	Diagnosi	Altri dati clinici	Urine prima	Cura	Urine dopo	Osservaz. ulteriori
18.ª C. C., 51. Comp. ginec. di Milano.	Fibroma.	—	Albumina 20 % in volume, urine quantità 1000, p. sp. 1015, reazione alcalina. *Ematuria.*	—	Stabilita la diagnosi di *pielonefrite ascendente.* Non si sa altro.	—
19.ª B. M., 49. Comp. ginec. di Milano.	Fibroma grosso della parete posteriore incarcerato nella piccola pelvi.	Da 20 giorni ostacoli nella minzione. Cateterismo. Febbre. Addome come in gravid. di 6 mesi. Collo uterino schiacciato in avanti.	Urine color giallo, reazione alcalina, odore urinoso, peso specifico 1010, albumina 10 ‰, *cistite intensa.*	—	—	Vomiti, dispnea, diarrea, *morte.* Manca reperto anatomico.
20.ª V. M., 39, nullipara. Comp. ginec. di Milano.	*Fibromi* multipli sottosierosi e interstiz. del corpo con volum. fibroma *retrocervicale* interstiziale e sottomucoso.	Da 8 giorni parziale ritenzione di urina. Il fibroma retrocervicale è a sviluppo *retroperitoneale.* Circonf. add. 102.	Urine reazione neutra, p. sp. 1007, *traccie d'albumina.* Nei sedimenti molti *globuli bianchi, rari globuli rossi scolorati,* epit. prime vie.	—	—	Rifiuta ogni intervento operatorio.
21.ª N. N., 62, plurip. Comp. ginec. di Milano.	Cisti ovarica aderente, circonferenza 94.	Pregressa *puntura* della cisti.	Urine quantità 700 opac. albuminoso, *cilindri jalini* e *granulosi* abbondanti. Qualche cilindro *epitetiare. Nefrite.*	Puntura (2 volte).	—	*Morte.*
22.ª P. L., 42, plurip. Comp. ginec. di Milano.	Fibroma sottomucoso del corpo (parte alta).	Già operata per polipo. Da 3 mesi dolori, *emorragie.* Minzione abbondante, edemi degli arti inferiori.	Discreto *intorbidamento albuminoso.*	Laparomiomectomia. Narcosi, cloroform. gr. 45.	Nulla è notato.	Discreta insistenza vomito. *Guarigione.*
23.ª N. N., 31, plurip. Clinica di Pavia.	Polipo uterino.	*Deperimento* pronunciato.	Urine acide, peso specifico 1033, *con albumina.*	Esportazione.	Dopo l'operaz. grandi *oscillazioni quantità urine* (600 cc. a 5500). Null'altro è sulla storia clinica.	*Guarigione.*

					generazione adiposa. Dopo 12 giorni urine p. sp. 1016, albumina 5 %, non *elementi renali*. Dopo un mese *scompare l'albumina*, nulla ai sedimenti.	
26.ª N. N., 35, Clinica di Pavia (1893).	Fibroma uterino.	—	Urine talora acide, talora alcaline, torbide con piccola quantità di albumina. L'esame microscopico rivela *cistite*.	Cura della cistite.	—	—
27.ª M. A., 20, Comp. ginec. di Milano.	Tumore ovarico.	Pregressa erisipela, tumefaz. da 8 mesi, addome come in gravid. di 7 mesi.	Urine *leggiermente albuminose*. Col riposo prima dell'operazione *scompare l'albumina*.	Laparotomia. Narcosi min. 85, clorof. cc. 35, peso del tumore Kg. 3,650.	Dopo l'operaz. urine abbondanti, non si *rinviene traccia di albumina*.	Decorso normale. *Guarigione*.
28.ª C. L., 38, Comp. ginec. di Milano.	Fibromi multipli sottosierosi e a sviluppo *intralegamentoso* (occupano lo scavo in totalità).	Da 6 giorni difficile minzione e cateterismo. *Vescica portata in alto* e a sinistra in corrispondenza del limite superiore della massa neoplastica.	Urine quantità in 24 ore 1400, p. sp. 1016, reazione acida. Alb. Esbach 1 %, *cilindri jalini* e *granulosi cosparsi di elementi ren.*, *globuli rossi e bianchi* num.	Cura medica.	—	Fatta diagnosi di *nefrite interstiziale*.
29.ª I. M., 28, Comp. ginec. di Milano.	Fibroma o cisti *intralegamentosa* (occupa 1/3 sup. scavo).	Nessuna malattia pregressa. Da 3 mesi impossibile minzione e cateterismo. Utero spinto in alto, *vescica deviata e trascinata in alto*.	Urine quantità 1600, urea gr. 6 per litro. Reazione acida, albumina 1 ‰ coll'albuminometro Esbach, rari *cilindri jalini*.	Cura medica.	—	Fatta diagnosi di *nefrite interstiziale*.
30.ª D. T., 37, nullip. Comparto ginec. di Milano.	Fibroma sottosieroso della parete posteriore del utero, collo uterino schiacciato in avanti.	Tumore incarcerato nella piccola pelvi. Vescica tratta in alto. Ammalata da 20 giorni con febbre.	Urine reazione acida, p. sp. 1020, giallo rossastre limpide, *traccie d'albumina*. Scarsi glob. bianchi ed epitelii prime vie.	—	—	Vuole andare a casa.
31.ª G. L., 70. Comp. ginec. di Milano.	Tumore ovarico in gran parte solido.	Urinaz. *abbondante*.	Urine color giallo paglierino, limpide, p. sp. 1021, *traccie di albumina*, rari *cilindri jalini*, qualche cellula isolata di *epitelio renale* alterata per necrobiosi.	—	—	Esce, *statu quo*.

	Diagnosi	Altri dati clinici	Urine prima	Cura	Urine dopo	Osservaz. ulteriori
32.ª R. E., 34, nubile. Compartoginecol. di Milano.	Cisti paraovarica destra (circonferenza add. 96).	Stentata e dolorosa la minzione. *Cefalea, vomito* e brividi nell'ultimo periodo mestruo. Addome disteso come in gravidanza a termine. Da un anno datano i disturbi.	Urine scarse, chiare, con *notevole quantità d'albumina.* Scarso sedimento di globuli rossi e bianchi, Qualche *cilindro jalino.* Dopo cura e riposo *scompare l'albumina.*	Ovariotomia. Narcosi min. 40, cloroformio cc. 14.	Urine dopo l'operaz. in quantità elevata, null'altro è notato.	Decorso normale. *Guarigione.*
33.ª P. S., 58, plurip. Comparto ginec. di Milano.	Cisti ovarica di voluminose proporzioni.	Da 2 mesi edemi degli arti inf. Eseguita la paracentesi. Circonferenza add. 130.	Urine subito dopo la paracentesi: cc. 5500, p. sp. 1007 *con albumina in discreta quantità.* Dopo alcuni giorni 1200, peso specifico 1020, diminuita l'*albumina* che però è ancora evidente.	Ovariotomia. Narcosi minuti 35, cc. 35.	Dopo l'operaz. urine quantità 800, peso specifico 1025, color giallo bruno, limpide, reazione acida, *scomparsa l'albumina.*	*Guarigione.*
34.ª I. M., 42. Comp. ginec. di Milano.	Fibromi multipli sottosierosi ed interstiziali.	Da 3 mesi disturbi gastrici e bisogno frequente di urinare.	Rari *cilindri jalini* nei sedimenti.	Laparomiomectomia, trattamento retroperiton.	Urine dopo l'operaz. quantità 560. Null'altro è notato.	Decorso normale, salvo scarsi vomiti e rialzo febbrile con tumefazione di un arto inferiore in 21.ª giornata. *Guarigione.*
35.ª M. L., 49, Comp. ginec. di Milano.	Fibroma voluminoso.	Data da 8 anni. L'urinazione fu sempre *scarsa.*	Urine scarse, p. specifico 1018, trasparenti, alcaline, *tracce d'albumina.*	Laparomiomectomia.	Urine quantità 850, poi 580, p. sp. 1021. *Aumenta l'albumina* dapprima per poi diminuire sì che in 8.ª giornata *scompare del tutto.*	*Guarigione.*
36.ª V. M., 32. Clinica di Pavia.	Fibromi multipli sottosierosi.	Nessuna malattia progressa. I disturbi datano da pochi mesi.	Urine estratte immediatamente prima dell'operazione *ricche di albumina* (mancano altri dati).	Laparomiomectomia.	Urine prime 24 ore quantità 550, peso specifico 1032, reazione acida, trasparenti, color giallo carico. *Albumina* $^1/_2$ $^1/_{100}$, *cilindri jalini, granulosi, epitelii renali,* globuli rossi.	Si hanno dopo l'operazione lievi rialzi (38. 1), il polso si accelera, persistono i vomiti, si ha irrequietudine, dispnea e morte al principio del 4.º giorno. All'autopsia nulla agli altri organi. *I reni presentano la sostanza corticale assottigliata, giallastra, sviscerano fortemente*

38.ª P. M., 29, Comp. ginec. di Milano.	Fibroma uterino.	Da un mese dolori che si accentuano nella minzione. Tumescenza dura che spinge il collo dell'utero all'indietro.	Urine reazione acida, p. sp. 1010, *tenue quantità di albumina*. Nei sed. numerosi glob. bianchi ed epitelii prime vie.	Cura medica della cistite.	—	—
39.ª M. A., 54. Comp. ginec. di Milano.	Cistoma ovarico.	Circonferenza addominale 133. Non edemi.	Urine 1300, p. sp. 1014, *traccie d'albumina*.	Ovariotomia. Narcosi min. 60, cloroformio cc. 35.	Quattordici giorni dopo *persistono traccie albumina*.	*Guarigione*.
40.ª M. G., 50. Comp. ginec. di Milano.	Fibromi multipli.	Grossa massa scende nello scavo. *Mitto frequente*.	*Albumina*.	Ablazione degli annessi.	—	Decorso normale. *Guarigione*.
41.ª T. A., 39, plurip. Comparto ginec. di Milano.	Cisti ovarica destra.	Da 2 anni disturbi. Addome come in gravid. 7 mesi.	Urine reazione acida. p. sp. 1020, *traccie d'albumina*.	Ovariotomia. Narcosi min. 35, cloroformio cc. 20.	Quantità urine dopo l'operazione 850, 750, 700, 680, p. sp. 1032, *scomparsa l'alb.*	Decorso normale. *Guarigione*.
42.ª V. A., 50. Clinica di Pavia.	Cistoma ovarico.	Da un mese e mezzo nausea, vomito, dimagramento. Addome come in gravidanza di 7 mesi. Lieve ipertrofia di cuore.	Urine 1200, p. sp. 1021, piccole *quantità di albumina*. *Rarissimi cilindri granulosi*. Traccie indacano. Le urine talora discendono a *800 cc. in 24 ore*.	Ovariotomia.	Urine dopo l'operazione: 800, 600, 600.	Decorso normale. *Guarigione*.
43.ª B. R., 41. Clinica di Pavia.	Fibroma interstiziale e sottomucoso del corpo.	Pregressi disturbi della minzione (frequente e dolorosa).	Urine reazione acida, p. sp. 1021, *traccie di albumina*.	Isterectomia totale addominale.	—	Decorso normale salvo lieve rialzo della temperatura. *Guarigione*.
44.ª C. C., 16. Clinica di Pavia.	Cisti paraovarica destra.	Da 13 mesi tumefazione. Da 3 mesi dispnea, dolore cupo profondo e diminuzione quantità delle urine.	Urine pallide trasp. p. sp. 1012, *traccie di albumina*. Nulla ai sedimenti.	Ovariotomia. Narcosi min. 30, cloroformio gr. 20.	*Aumenta l'alb*, dopo l'op. Urine scarse: 1.º g.º 730, p. sp. 1021 acetone; 2.º giorno 850, in 3.º giorno *anuria*.	*Morte* in 3.ª giornata per peritonite. *Reni piccoli senza lesioni macroscopiche*. Manca l'esame istologico.
45.ª P. R., 41. Comp. ginec. di Milano.	Fibroma enorme edematoso *intralegamentoso*.	Circonferenza addominale 111, peso del tumore Kg. 13,320.	Urine 700, p. sp. 1010, color giallo verdiccio, torbide, reazione acida, molti leucociti e sfarelle jaline. *Albumina*	Operata. Narcosi min. 95, cloroformio cc. 30.	Urine scarsissime.	Polso piccolo. *Morte*. Mancano altri dati.
46.ª C. B., 38. Clinica di Pavia.	Fibromi multipli sottosierosi.	—	*Traccie di albumina scomparse* prima dell'operazione. Nei sedimenti glob. bianchi ed epitelii vescicali.	Isterectomia totale addominale.	Nulla è notato.	*Morte* per emorragia.

	Diagnosi	Altri dati clinici	Urine prima.	Cura	Urine dopo	Osservaz. ulteriori
47.ª N. N., 48, Clinica di Pavia (1893).	Cisti probabilmente derivante dal *connettivo pelvico.*	—	Albumina in traccie, che scompaiono col riposo prima dell'operazione.	Laparotomia esplorativa.	—	Decorso regolare, *statu quo* in quanto al tumore.
48.ª T. M., 50. Comp. ginec. di Milano.	Fibroma *intralegamentoso.*	—	*Albumina.*	Isterectomia vaginale (forcipressura, morcellement).	Urine dopo l'operazione 450, non sangue. Mancano altri dati.	Vomiti insistenti, fenomeni di setticemia dovuta a *pielocistite.* All'autopsia: *reni diminuiti di volume, capsula aderente, spiccate le stellule del Verheyen. Vescica coartata sue pareti spalmate di pus. Uretere sinistro normale, destro dilatato nella parte inferiore.*
49.ª N. N., 38, plurip. Clinica di Pavia.	Cistoma ovarico.	Voluminoso, circonferenza addominale massima 96.	Urine quantità 1000, con *traccie di albumina.*	—	Mancano altri dati.	—
50.ª C. M., 39. Clinica di Pavia.	Fibroma interstiziale e sottomucoso.	Quattro mesi fa sofferse di disturbi vescicali. Soffio in 1.° tempo.	*Albumina.*	Isterectomia vaginale per morcellement, peso del tumore gr. 750.	Urine dopo l'operazione *scarsissime ricche d'albumina.* Due giorni dopo la operaz. gr. 60 in 7 ore, p. sp. 1012, albumina in vol. 10 0[0. Infine *anuria.* L'esame microscopico rivela cilindri *urinosi in quantità, incolori, opachi, coperti di fini granulazioni, leucociti, emazie a cerchiello.*	*Polso frequente, dispnea, vomiti. Morte. Nefrite diffusa con prevalenza della forma parenchimatosa.* Fatta diagnosi in vita. Manca l'autopsia.

Noi vediamo come la frequenza dell' albuminuria non varia molto considerando singolarmente i tumori ovarici ed i fibromi uterini. Su 215 dei primi troviamo 28 casi (13 0[0]) e su 340 fibromi ne troviamo 40 (11. 7 0[0]) in cui si trovò albumina nelle urine. Dobbiamo ora vedere quali siano le cause di albuminuria nelle varie osservazioni da me riferite, per poi passare allo studio dell' importanza che ha tale reperto nei diversi casi.

Nello studio *delle cause* che provocarono la comparsa dell'albumina in queste pazienti, noi dobbiamo appena soffermarci sulle osservazioni della *prima* categoria. L'affezione cardiaca in tutti e tre i casi, ed in uno di essi la storia d' una nefrite pregressa, ci dànno più che sufficiente ragione dell'albuminuria esistente: l'importanza eziologica del tumore qui passa affatto in seconda linea.

La *seconda* categoria merita invece che ci soffermiamo alquanto di più. Nelle due prime osservazioni ad essa appartenenti, noi troviamo coesistere al tumore la presenza d' un *piosalpinge*. La penetrazione nel sangue di materiali che provengono dalla sacca marciosa, la febbre che a questa penetrazione sussegue, bastano per dare alterazioni del delicato epitelio renale che ci possono spiegare la lieve albuminuria esistente. Riguardo alla terza osservazione in cui si ha una cisti ovarica associata *a prolasso dell'utero*, dobbiamo noi riferire le alterazioni renali, riscontrate all' autopsia, alla cisti ovarica od al prolasso? Noi sappiamo quanto siano frequenti le alterazioni degli organi urinari nel prolasso. Gli spostamenti della vescica, con consecutivo formarsi di sacche secondarie che non si possono svuotare dell' urina, lo stiramento degli ureteri e l' eventuale loro occlusione per inflessione (per quanto rara secondo il Fritsch) (1), ci daranno sufficiente spiegazione di tali lesioni. Quindi più che alla cisti ovarica io attribuirei al prolasso stesso le lesioni riscontrate in questo caso. Nell' ultima osservazione poi di questa categoria, troviamo albuminuria in una cisti ovarica associata *a gravidanza*. Data l' importanza di quest'ultima nell' eziologia dell'albuminuria, tanto più già a priori pare debba far risentire la sua azione, se associata a tumori uterini ed ovarici, i quali aumentano i fattori meccanici dell'albuminuria stessa. Da undici osservazioni di tal genere

---

(1) M. Fritsch. « Die Lageveränderungen und Entzündungen der Gebarmutter. » Billroth e Luecke. « Handbuch der Frauenkrankheiten, » vol. I, p. 823.

da me riunite, appare che nei primi mesi la gravidanza in tali condizioni non ha azione alcuna sulla comparsa d'albumina nelle urine e su quattro tumori con gravidanza oltre al 5.° mese si ebbe presenza di albumina solo nel caso da me riferito. In questo caso probabilmente i due fattori, tumore e gravidanza, non avrebbero bastato isolatamente a provocare albuminuria, nel mentre la loro associazione riuscì a creare le condizioni meccaniche che vedremo favorirne l'insorgenza, condizioni che scomparvero dopo l'ablazione del tumore, per cui, pur continuando la gravidanza, non si ebbe più traccia d'albumina nelle urine.

Veniamo ora alla *terza* categoria in cui nessun altro momento eziologico può essere invocato per spiegare l'albuminuria all'infuori del tumore. È d'uopo a questo riguardo tener conto delle *alterazioni* che talora avvengono nei tumori stessi.

Tra queste ricorderò nei tumori ovarici la torsione del peduncolo, la rottura delle cisti, la suppurazione di queste, le peritoniti consecutive, l'ascite e, nei tumori fibrosi dell'utero, specie se sottomucosi, il loro sfacelo con setticemia consecutiva. A tali cause possiamo attribuire le undici osservazioni di albuminuria del primo gruppo, cioè tre casi con *torsione del peduncolo* (su quattordici in cui fu fatto un esame accurato delle urine), cinque casi di *suppurazione di cisti* ovariche (su undici) e tre casi di *decomposizione* di fibromi. I processi febbrili che a tali complicanze si associano, il versarsi nel sangue di materiali tossici che in tali condizioni si producono, ci spiegano in queste circostanze la comparsa di albumina nelle urine. Riguardo alla *rottura spontanea* o provocata delle cisti ovariche con consecutivo versarsi del loro contenuto nel cavo peritoneale, essa non produce albuminuria, almeno con quella facilità con cui si potrebbe supporre (1). Su quattro osservazioni di questa specie in cui si fece accuratamente l'esame delle urine, non trovossi albuminuria in nessuno dei casi, tra questi uno interessantissimo operato e guarito quest'anno in Clinica, in cui alla rottura della cisti era seguita una diffusa peritonite colloidea. Solo laddove alla rottura s'associa infezione, compare albumina *(Osserv. 8.ª [1.° gruppo, 3.ª cat.])*.

Questi fatti concordano colle esperienze eseguite con altri scopi

---

(1) Il Pozzi in tali casi osservò una diuresi abbondante (« Traité de Gynéc. » Livre X, 8.e éd., pag. 757), ed il Kuestner ha osservato peptonuria (*Centralblatt für Gyn.*, 1884).

dal Riva e dal Tizzoni (1), i quali non ebbero mai al buminuria colle iniezioni endoperitoneali di liquidi albuminosi. Neppure nei pochi casi (cinque) in cui trovai notata la presenza di ascite, mi fu dato rilevare accenno a presenza d'albumina nelle urine.

In un'altra serie di casi di questa categoria *(Osserv. 10.ª, 12.ª, 19.ª, 20.ª, 26.ª, 38.ª del 2.º gruppo)*, l'albuminuria non è di origine renale, essa è spuria e dovuta a *catarro delle vie periferiche*. L'irritazione che la presenza del tumore provoca nel peritoneo circostante, la compressione eventuale dell'uretra, gli spostamenti della vescica cui seguono ristagno d'urina e necessità di cateterizzare la donna, ci possono spiegare i processi di cistite più o meno grave che in tali casi si osservano.

Rimane da considerare una numerosa serie di osservazioni in cui tutto ci fa ammettere si tratti di vera albuminuria d'origine renale, origine dimostrata poi chiaramente in parecchi casi dal reperto di cilindri all'esame microscopico dei sedimenti. In queste osservazioni nessuna alterazione del tumore, nessun processo infiammatorio o febbrile ci dà ragione della presenza d'albumina nelle urine. Il tumore è per sè stesso causa d'albuminuria: dobbiamo vedere in qual modo esso possa agire sui reni.

La teoria che attribuisce il passaggio dell'albumina nelle urine all'alterazione degli epitelii e degli endotelii dei glomeruli, è oramai ammessa dalla maggioranza degli autori. Per spiegarci tali alterazioni dei glomeruli nei tumori, esclusa nei nostri casi l'azione eventuale di agenti infettivi, resta la possibilità di *alterazioni nella crasi sanguigna* oppure il fatto di *condizioni meccaniche rallentanti la velocità della circolazione renale* e causanti deficienza dell'elemento vivificatore, dell'ossigeno. Non mancarono autori che attribuirono le alterazioni urinarie nei tumori addominali all'alterata funzionalità dell'intestino e del fegato per compressione e quindi al versarsi dei prodotti della loro funzionalità alterata nel circolo, donde farebbero risentire un'azione deleteria sul rene. Cito Mann e Cooke (2), che ammettono tale eventualità nelle cisti ovariche, ma evidentemente si cadrebbe nell'artificioso volendo generalizzare tale ragionamento.

---

(1) *Archives Italiennes de biologie.*, vol. VI, p. 395 e 398.

(2) « A system of Gyn. and Obst., » vol. 2.º. P. 2.ª, pag. 1061.

Riguardo all'alterata crasi per deficienza di materiali nutritizii nel sangue, riguardo cioè ad un' influenza delle condizioni d'anemia in cui si trova la paziente, sia per effetto delle emorragie pregresse *(fibromi)*, sia pel deperimento dal tumore causato, non si può escluderla in modo assoluto, ma non vale certo che in pochissimi casi (Osservazione 23.ª). In molti tumori con albuminuria mancano infatti tali condizioni e d' altra parte io osservai donne con fibromi sottomucosi, in stato di profonda anemia per profuse emorragie pregresse, in cui mancava affatto ogni traccia di albumina. D'altronde se l'azione dell'alterata crasi sanguigna dovesse essere la principale causa dell'albuminuria, nei tumori ovarici maligni, in cui tale azione dovrebbe farsi più sentire, per la speciale natura del tumore, la presenza d'albumina nelle urine dovrebbe essere più frequente. Ora, *su circa ottantasette tumori ovarici maligni, io non ho raccolto che nove casi d'albuminuria* (10 0[0]). Notisi che l'affezione era spesso già diffusa al peritoneo pelvico e che lo stato cachettico delle pazienti era sovente assai pronunciato, sì da ridurre a cifra bassissima il tasso dell'urea eliminata giornalmente.

Resta quindi nei nostri casi il primo posto ai *fattori meccanici.* Nell'eziologia del rene gravidico s'invocarono la stasi venosa per pressione diretta dell' utero gravido sulle vene o per aumento della pressione endo-addominale, l' ischemia arteriosa per effetto d' un' azione riflessa o per effetto di derivazioni idrauliche, la stasi urinaria per compressione degli ureteri, ecc. Contro all' idea della *stasi venosa* per parte dell' utero gravido si obiettò (1), tra l'altre, che questo non raggiunge che ben difficilmente la sede di tali vene, le quali decorrono a livello del margine inferiore della prima vertebra lombare oppure davanti allo strato legamentoso che esiste tra la 1.ª e la 2.ª; questa obbiezione non vale per tumori enormi *(Osservaz. 8.ª, 33.ª, 39.ª, 45.ª)*, i quali si spingono in alto raggiungendo il diaframma e spostando persino gli organi contenuti nel cavo toracico, sì da trovarsi nelle condizioni richieste per esercitare una compressione diretta sulle vene renali. Un restringimento del lume dell'*arteria renale* è pure possibile

---

(1) A. Trautenroth. « Klinische Untersuchungen und Studien ueber das Verhalten der Harnorgane insbesondere der Nieren in Schwangerschaft. » *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, Bd. XXX, Heft. I.

in tali casi, ma evidentemente la sua azione non farà che coadiuvare gli effetti della stasi venosa, prima a prodursi per la più facile compressione delle vene. L'Olshausen (1), il Goodell (2), accettano infatti tale spiegazione: se però si ammette questo modo d'origine dell'albuminuria come unico, questa non si dovrebbe avere che nel caso di enormi tumori, mentre invece, e a ciò accennava in un suo lavoro il Flaischlen (3), noi vediamo che essa si trova anche in tumori di volume modico (*Osserv. 9.ª, 25.ª*) e tali (*Osserv. 14.ª*) che per la loro sede non possono certo dar luogo a compressione delle vene renali.

L'aumento della *pressione endo-addominale* nei tumori uterini ed ovarici è un fattore non trascurabile che può essere invocato come causa di albuminuria da stasi. Io ho avuto campo in quest'anno d'osservare in Clinica un fatto assai interessante che dimostra gli effetti d'un rapido aumento di tale pressione endo-addominale. Si trattava di una donna con bacino viziato operata per uno sventramento da cicatrice di taglio cesareo. Dopo l'operazione dello sventramento la cavità addominale si trovava così ristretta che le anse intestinali proeminevano nell'epigastrio, spingendo in alto il diaframma: orbene le urine, che prima dell'operazione non presentavano traccia alcuna di albumina, dopo di essa presentavano albumina (e nei primi giorni cilindri urinosi specie jalini), in quantità tale e con tanta persistenza, quale non mi fu mai dato osservare dietro a semplice cloroformizzazione (si aveva ancora dopo circa due mesi un lieve opacamento albuminoso, mentre l'albuminuria post-cloroformica si prolunga al massimo sino al ventesimo giorno). Le condizioni certamente qui erano ben diverse da quelle che si hanno nei tumori in cui l'aumento di pressione s'è fatto lentamente; pure è ammissibile una certa azione di tale aumento della pressione endo-addominale, la quale si farà sentire specialmente sulle vene renali a pareti floscie, ritardando il deflusso del circolo renale.

Non mi fermo qui sulla possibilità d'un'*ischemia del rene* per azione riflessa nervosa, la quale azione non potrebbe essere duratura; nè credo ammissibile un'ischemia per effetto idraulico da derivazione della

---

(1) Vedi lavoro citato.

(2) « Trattato di medicina pratica di autori americani edito dal Pepper, » vol. IV. (Traduzione italiana).

(3) « Ueber Schwangerschafts und Geburtsniere von Flaischlen. » *Zeitsch. für G.*, 1882, vol. VIII.

corrente nei vasi del tumore: se quest'effetto è notevole nella gravidanza per l'enorme e rapido sviluppo delle utero-ovariche, non si può dire lo stesso nei tumori in cui tale sviluppo difficilmente ed in ogni caso, assai lentamente raggiunge proporzioni simili.

Invece un' importanza oltremodo considerevole l'acquista nel caso nostro la possibilità *d'una stasi urinosa* per stenosi od occlusione degli ureteri da compressione o deviazione di essi. I reperti anatomici in alcuni dei nostri casi (*48.° e 5.°*), e quelli riferiti da Murphy, Hanot, Hubert, Pozzi, Olshausen, Boinet, Scanzoni, ecc., ci dimostrano all'evidenza non solo la possibilità ma pure la relativa frequenza di tale evenienza. Nel caso di cistomi trattasi per lo più d' un'inflessione degli ureteri dovuta agli spostamenti della vescica causati dal tumore, secondo l'Olshausen. Talora trattasi d' una diretta compressione, di cui un bel esempio presentava il Terrillon alla Società francese di chirurgia nel 1884. Nel caso di fibromi tale compressione è resa più facile dai rapporti più intimi cogli ureteri e dalla durezza talora lapidea del tumore. Il Fourestié ben osserva come l'uretere pel suo decorso si trova esposto a compressione sia nel periodo pelvico di sviluppo del tumore, sia nel periodo estrapelvico. Conseguenze dell'occlusione degli ureteri sono talora alterazioni più o meno avanzate, del rene, consistenti in atrofia o sclerosi della sostanza renale per idronefrosi (casi di Pozzi, Hanot, Fourestié, ecc.) o in processi di pielonefrite (*Osserv. nostre 5.ª, 7.ª, 18.ª del 2.° gruppo*). Non fa d' uopo però che le alterazioni siano così avanzate perchè compaia albuminuria. A ciò basta, come dimostrarono le esperienze di Max Hermann (1), un lievissimo ostacolo nel deflusso delle urine. Le ricerche del Ludwig e del Löbel dimostrarono che la pressione delle urine nella pelvi renale non va oltre ai 10 mm. di mercurio (2). Basta quindi una lieve inflessione dell'uretere, una lieve diminuzione del suo calibro, per ostacolare il deflusso dell'urina. Gli effetti di tale stasi si faranno sentire sui glomeruli, dove l' urina ristagnando comprimerà le anse vascolari, ne causerà una diminuzione di calibro cui per diminuzione di circolo, seguirà un'alterata nutrizione degli epitelii

---

(1) Citate da A. Brault (malattie dei reni). « Trattato di medicina di Charcot e Bouchard, » vol. V, p. II. pag. 10.

(2) Citate da Tibone. « Sull'eziologia dell'eclampside. » Supplemento alla *Gazzetta Medica* di Torino, Aprile 1894.

e degli endotelii glomerulari. Quest'alterazione, vieppiù favorita dall'azione diretta dell'urina stagnante, ci spiega da sè l'albuminuria. Se il ristagno continua, il suo effetto si farà sentire anche sui canalicoli urinarii. Questi si distendono, la rete capillare che li circonda, proveniente dai vasi efferenti dei glomeruli, si troverà compressa e la circolazione renale ancor maggiormente ostacolata. Si tratta insomma di quella forma di albuminuria che il Cohneim (1), chiamava da contropressione e di cui l'Aufrecht diede la spiegazione ponendola nel gruppo delle albuminurie da rallentata circolazione glomerulare.

Nel caso di tumori spesso la compressione ureterica è unilaterale *(in due dei nostri casi era bilaterale prevalente però a destra)* e tale pure è primitivamente la lesione renale. L'unico rene sano sovraccarico di lavoro avrà però grande tendenza ad alterarsi anch'esso, come ben si comprende.

Riassumendo noi non possiamo parlare nei nostri casi di una forma unica di albuminuria da tumore addominale come neppure forse si può parlare d'una sola forma di albuminuria gravidica. Lasciando da parte l'albuminuria dovuta a catarro delle vie periferiche per irritazione e spostamenti della vescica, cui in qualche caso potrà per diffusione del processo per via ascendente seguire un'albuminuria d'origine renale, negli altri casi, pur non escludendo l'influenza delle alterazioni della crasi sanguigna, essa riconosce la sua origine in fattori meccanici nella stasi venosa e nella stasi urinosa da compressione degli ureteri. Ambedue questi fattori possono aversi per compressione diretta o per l'azione indiretta dell'aumento della pressione endo-addominale. La prima, la stasi venosa, si può invocare specialmente in tumori di volume cospicuo che raggiungono il livello della prima vertebra lombare (specialmente nelle *grosse cisti ovariche* pel loro modo di sviluppo), la seconda, la compressione degli ureteri si deve invocare nella maggioranza degli altri casi (specialmente nei tumori intralegamentari e *nei fibromi*). A prova dell'importanza di quest'ultimo fattore stanno le esperienze fatte sugli animali, i numerosi reperti anatomici ed il fatto della *maggior frequenza dell'albuminuria nei tumori intralegamentosi* che cogli ureteri hanno rapporti più intimi. Io ho trovato infatti in

---

(1) V. G. Mya. « Trattato di patologia medica del Cantoni e Maragliano, » vol. V, p. 44.

questi tumori (66) albuminuria nel 16 0|0 dei casi, nel mentre negli altri essa si riscontra solo nella proporzione del 12 0|0.

Qual'è ora l'*importanza clinica* del reperto di albuminuria nelle urine in tali casi?

Come ben si comprende, sia dal punto di vista del *pronostico* che dal punto di vista delle *indicazioni operative,* tale reperto ha diverso significato a seconda che indica un semplice disturbo circolatorio del rene, un processo infiammatorio della mucosa vescicale o dei bacinetti od una vera nefrite. Nel decorso clinico d'una paziente affetta da tumore uterino od ovarico per lo più la coesistenza d'un lieve catarro delle vie periferiche non ha per sè grande importanza; con una cura adatta tale catarro scompare rapidamente *(osserv. 12.ª)*. Non si devono però affatto trascurare tali cistiti anche lievi perchè persistendo possono farsi il punto di partenza di gravi lesioni ascendenti, le quali possono già per sè, indipendentemente da qualsiasi intervento, dare la morte *(osserv. 19.ª e 48.ª)*. Una leggiera albuminuria dovuta a disturbi circolatori del rene non ha un significato di gravità anche se all'albuminuria è associata l'eliminazione di qualche cilindro jalino *(osserv. 3.ª, 32.ª e 34.ª)*; se la funzione renale è integra, la quantità delle urine elevata ed il peso specifico pure, per lo più non si hanno alterazioni anatomiche di importanza. Queste però possono sopravvenire anche in tali casi colla persistenza dello stato irritativo dei reni. Questi presentano in tali condizioni una vulnerabilità maggiore di fronte ai comuni agenti irritativi, senza contare che a disturbi continuati di circolo possono già per sè seguire forme di vere nefriti. Non ripugnerebbe infatti il dare tale eziologia alle nefriti osservate nei casi 16, 28 e 29 del 2.º gruppo. L'attento studio della sintomatologia clinica (eventuale comparsa di sintomi d'uremia cronica, cefalea, vomito, dispnea, *osservazione 1.ª*), e l'accurato esame della funzione renale ci faranno quasi sempre sospettare l'insorgenza di tali lesioni.

Grandissima importanza prende l'albuminuria allorquando l'esame microscopico dei sedimenti, lo studio della funzione del rene e la sintomatologia ci fanno rilevare lesioni evidenti del parenchima renale. Queste si poterono constatare in venti delle nostre osservazioni, cioè in 13 fibromi (3.8 0|0) e 7 cisti ovariche (3,2 0|0). Nel quadro clinico l'affezione renale prende allora il primo posto: essa può per se stessa

divenir causa di morte del paziente e ad essa deve essere rivolta tutta la nostra attenzione, specialmente di fronte ad un eventuale atto operativo.

Nel mentre infatti il prof. Mangiagalli su 314 operazioni per tumori (ovarici, benigni e maligni, intralegamentosi, fibromi, ecc.) ebbe la mortalità del 12.4 0[0 (1) *sul complesso di circa 38 tumori della stessa natura con albuminuria operati dallo stesso professore* per via laparotomica, noi *troviamo 13 morti, il che farebbe risalire la mortalità al 34 0[0* nel caso speciale in cui il tumore è complicato con presenza d'albumina nelle urine. Tale cifra per altro non ha che un valore relativo. Scorrendo le mie osservazioni si vede infatti come qui in parte si tratti d'un casuale raggrupparsi di casi infausti, in cui l'esito fatale ben sovente non ha a che fare coll'albuminuria preesistente. Sta però sempre il fatto che ben in sei casi (*15 0[0*) le alterazioni gravi urinarie, di cui l'albuminuria era un sintomo, *produssero per sè sole ed in modo ben accertato la morte* (*osserv. 3.ª, 2.ª cat.: 5.ª, 7.ª, 36.ª, 48.ª e 50.ª, 3.ª cat., 2.º gruppo*), e che in qualche altro caso esse forse hanno favorita l'azione di altri fattori. Bisognerebbe poi ben distinguere riguardo alla mortalità le osservazioni in cui l'albuminuria era lieve e non associata ad alterazioni gravi funzionali del rene e quelle in cui coesistevano tali alterazioni. Tale distinzione io qui non l'ho potuta fare mancando in molte delle storie da me raccolte una parte dei dati necessari per tale distinzione. È però evidente a priori che il peggioramento della prognosi operatoria riguarda principalmente il secondo gruppo d'osservazioni.

Non dobbiamo punto meravigliarci di questo peggioramento della prognosi provocato da una lesione renale di fronte ad un atto operativo: già il Pozzi, il Rochet ed ultimamente il Christowitch (2) avevano insistito su ciò. Infatti durante un atto operativo fatto a scopo di esportare tali tumori, sono da considerare molteplici fattori i quali possono far risentire la loro azione sopra i reni. Innanzi tutto noi abbiamo l'anestesia, poi il trauma grave su organi così riccamente innervati, il

---

(1) Prof. L. Mangiagalli. « La mia opera laparotomica. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1895, N. 3, pag. 7.

(2) V. lav. citati a pag. 1 e 2.

raffreddamento della cavità peritoneale, la rapida diminuzione di pressione ed eventualmente il versarsi nel cavo peritoneale di materiali estranei (contenuto di cisti, sierosità, sangue, ecc.) e l'assorbimento di antisettici.

Riguardo alla prima di queste cause, all'*anestesia*, numerosi studi fatti in questi ultimi anni, ne dimostrarono l'importanza nel produrre lesioni renali, ed il reperto di tali alterazioni parenchimatose dei reni è costante nelle morti per cloroformio. Se poi sotto quest' aspetto sia più nocivo l'etere od il cloroformio i pareri sono discordi: nel mentre gli autori americani (il Polk (1), il Frederich (2) tra gli altri) considerano dannosissimo l'etere, altri autori (quali il Roux, il Julliard, il Fueter (3), il Barensfeld, il Vaadt (4), ecc.) sostennero assai più dannoso il cloroformio. Dai recenti studii di confronto del Wunderlich risulterebbe aversi albuminuria dopo la narcosi cloroformica nel 11 0[0 dei casi, cilindri nel 34 0[0; dopo la narcosi eterea, albumina nel 7 0[0 dei casi e cilindri nel 24 0[0. Dal lavoro di Babacci e Bebi risulterebbe aversi albuminuria nel 18 0[0 delle cloroformizzazioni e nel 29 0[0 degli eterizzati, ma in questi sempre con minore intensità. *Nelle osservazioni da me riportate* noi troviamo, data la preesistenza dell'albuminuria, quasi sempre accennato il suo aggravarsi (per quanto il più spesso transitoriamente) subito dopo la narcosi. Scorrendo poi le osservazioni di operate per tumori uterini ed ovarici le quali non presentavano antecedentemente albumina nelle urine, io trovai (5) che sopra 118 operate *questa apparve dopo la cloroformizzazione in 57 casi, cioè nel 48 0[0* (sopra 50 casi in cui furono ricercati cilindri, questi si trovarono in 13 = 21 0[0). Riguardo all'etere la mia esperienza si limita sinora a poche osservazioni in cui quasi costantemente dopo l'esportazione di tumori s'ebbe albuminuria ed in qualche caso comparsa di cilindri. Parrebbe adunque risultare nelle operate per tumori addominali una percentuale d'albu-

---

(1) Transactions of the Amer. Gyn. Soc. 1889. *Amer. journal of obst.*, 1889.

(2) *American gyn. and obst. journal*, November 1894.

(3) V. G. Julliard. « L'éther est-il préférable au chloroforme. » Genève, 1894, pag. 41.

(4) Citati dal lavoro di Babacci e Bebi « Osserv. cliniche e studi esperimentali sull'azione dell'etere e del cloroformio sui reni. » *Il Policlinico*, Maggio 1896.

(5) Questi esami furono eseguiti in parte nel Comparto ginecologico del prof. Mangiagalli a Milano dal compianto dottor L. Villa ed in parte qui nella Clinica di Pavia dal dottor Lorini e da me.

minuria, dopo la cloroformizzazione, alquanto più elevata della media data dagli ultimi studii del Wunderlich, sul complesso delle cloroformizzazioni. Se ciò in parte si deve alla maggior durata della narcosi in tali operazioni, alla maggior quantità di cloroformio inalata, questo non vale per tutti i casi (p. es. in certe ovariotomie semplici), ed io credo v'abbia parte lo stato dell'emuntorio renale che non sempre in tali tumori si trova integro prima della narcosi, anche quando non si hanno alterazioni evidenti dell'urina. Tale condizione concorre a spiegare come numerose figurino tra le morti per cloroformio quelle di operate per fibromi e per cisti ovariche. Su quattro casi di morte per cloroformio riferiti dall'Ajello (1) in due si trattava di operate per fibromi ed in uno di cisti ovarica: in uno dei casi poi, oltre alle alterazioni riferite al cloroformio, è accennato il reperto di una dilatazione dei bacinetti certamente pregressa e che deve aver favorito l'insorgenza del processo acuto.

Riguardo al secondo fattore, il *trauma*, il Verneuil (2) aveva già insistito sulla sua triste influenza sui reni alterati: esiste una vera oliguria ed anuria da trauma riferibile ad un'azione inibitoria che questo avrebbe sulla secrezione renale, specie se portato nel cavo addominale. Una semplice contusione dell' addome può già da sè per via riflessa provocare un'anuria completa: evidentemente quest' influenza inibitoria si farà maggiormente sentire su reni alterati anatomicamente ed anche solo funzionalmente per insufficienza renale.

Al trauma dobbiamo aggiungere il *raffreddamento* del cavo peritoneale, l'evaporazione abbondante per l'esposizione all'aria atmosferica, in seguito alla quale evaporazione, per la perdita abbondante di acqua, le orine si fanno (come riscontrasi in quasi tutte le osservazioni da me riferite), più scarse e concentrate e l'eliminazione dei materiali solidi sarà difficoltata anche per la scarsità del loro solvente.

Bisogna poi tener conto della rapida *diminuzione di pressione* nel cavo addominale in seguito all'esportazione di tali tumori. Il Vinay (3), attribuisce a tale squilibrio di pressione l'aumento dell'albumina dopo

---

(1) « Sulle alterazioni organiche dipendenti dalla narcosi cloroformica. » *Clinica chirurgica*, 1896, N. 8.

(2) Citato dal Pourrat, vedi lavoro sopracitato.

(3) Vinay. « Des maladies de la grossesse. » Paris, 1894.

il parto nei casi di albuminuria gravidica. Dato un ostacolo per aumentata pressione nel cavo addominale, si avrà, perchè il sangue possa circolare, un aumento di pressione endovasale (1). Levato l'ostacolo, non cessando così tosto quest'aumentata pressione, il sangue sfiancherà i vasi, specie se lesi, si avrà congestione, talora emorragie con distruzione di parenchima e con peggioramento delle condizioni del rene già ammalato: ciò è dimostrato dal reperto anatomico del caso del Rochet e da quello osservato in due delle nostre osservazioni (*3.ª, 2.ª cat., e 36.ª, terza categoria).*

Il *versarsi di materiali estranei* asettici (sierosità, sangue, contenuto della cisti, ecc.), nella cavità peritoneale durante l'operazione, non ha grande importanza. Abbiamo già accennato più sopra alle esperienze del Riva e del Tizzoni che non osservarono mai albuminuria in seguito alle iniezioni endoperitoneali di liquidi albuminosi. Un'importanza notevole l'ha invece l'eventuale assorbimento di *antisettici* (2), per quanto *scorrendo le osservazioni cliniche delle operate del prof. Mangiagalli nell'epoca in cui di questi antisettici si faceva un uso abbondante, io non ne abbia trovato un solo esempio dimostrativo.* Oggidì poi che una volta aperto il cavo peritoneale l'uso di questi antisettici è quasi del tutto proscritto, tale fattore sarà eliminato.

Data una lesione renale preesistente, noi affrontando un intervento chirurgico ci esporremo all'azione nociva di tutti questi fattori associati: azione che in qualche caso potrà rapidamente peggiorare le condizioni renali e produrre la morte delle operate. Questo vale tanto per le forme di nefrite parenchimatosa ed interstiziale, come lo dimostrano le *Osservazioni 3.ª della seconda categ., 36.ª e 50.ª della terza,* quanto per le forme di pielonefrite insorte per diffusione d'un processo cronico vescicale *(Osserv. 48.ª)* o per ristagno urinoso da ostacolato deflusso delle urine per compressione del tumore sugli ureteri *(Osserv. 5.ª e 7.ª della terza categ., 2.° gruppo).* La *sintomatologia clinica* nel decorso post-operatorio di tali casi disgraziati si può così riassumere: osser-

---

(1) H. J. Hamburger. « Ueber den Einfluss des intrabdominalen Druckes auf den allgemeinen arteriellen Blutdruck. » *Arch. für Phys.*, 1896, p. 332.

(2) I. Klemperer. « Die Veränderungen der Nieren bei Sublimatvergiftung. » *Virchow's Archiv*, vol. 118, p. 445.

vansi *agitazione, lamenti, ansietà che persistono oltre al secondo giorno dopo l'operazione: dispnea, persino ortopnea, respirazione di Cheyne Stokes, polso frequentissimo, irregolare,* talora (specialmente nei casi di pielonefrite), *accessi febbrili, vomiti abbondanti, sete viva, ecc.* Il Rochet dà in tali casi per sintomo caratteristico la frequente voglia di mingere, mentre l'urina è scarsissima o manca affatto. *Non ebbi campo nelle mie osservazioni di confermare l'esistenza di tale sintomo,* per cui tale quadro sintomatologico non offre nulla di speciale e si potrà facilmente confondere con quello che accompagna altri stati morbosi seguiti da esito fatale (peritonite).

Le considerazioni sovraesposte, sopratutto la grave mortalità che si ha in questi casi, tenderebbero a sconsigliarci un intervento tutte le volte che si sospetta una lesione renale anche lieve. Il Christowitch (1), infatti, il quale ebbe due casi di ovariotomia con esito fatale per questa complicazione, concludeva: « ogni alterazione della secrezione urinaria e sopratutto l'albuminuria è d'un pronostico operatorio serio, anche quando l'albuminuria non esiste al momento dell'intervento. La morte avviene per intensa congestione renale con anuria completa e con accidenti uremici. » Quest'asserzione, posta in modo così assoluto, è improntata ad esagerazione e procedendo a questa stregua si dovrebbe sconsigliare un intervento in ogni caso di tumore con albumina, cadendo così nell'esagerazione e seguendo una condotta punto giustificata dai fatti. Non sono rari difatti i casi i quali dimostrano l'utilità dell'intervento anche in gravi condizioni: non farò che ricordare quello del Cabot (2) il quale guarì una grave pielonefrite esportando un fibroma, il caso del Pozzi (3) che nello stesso modo guarì un'avanzata idronefrosi. Nelle osservazioni da me riferite si trova frequente *(Osservaz. 3.ª, 27.ª, 33.ª, 35.ª, 37.ª, 41.ª della terza categoria)* la scomparsa completa dell'albumina ed in qualche caso *(Osserv. 13.ª)*, dei cilindri preesistenti talora subito, talora qualche tempo dopo l'esportazione del tumore. Il decorso post-operatorio fu poi affatto normale anche in casi con alterazioni renali di una certa importanza *(Osserv. 1.ª, 6.ª e 42.ª, 3.ª categoria, 2.º gruppo)*. Il prof. Mangiagalli mi ricordava a questo pro-

(1) Vedi lav. citato.
(2) Vedi lav. citato.
(3) Vedi lav. citato.

posito un'altra sua osservazione, di cui andò smarrita la storia clinica, in cui pur essendovi notevole albuminuria, con alterazioni evidenti del rene, in un tumore a sviluppo intralegamentoso, l'operazione fu seguita da guarigione con decorso post-operatorio affatto normale.

Dato quindi il reperto di albuminuria complicante l'esistenza d'un tumore uterino od ovarico, quali sono le norme che devono guidarci di fronte alla possibilità d'un intervento chirurgico? *Una cura palliativa,* laddove è possibile, serve assai poco in tali casi e nelle cisti ovariche le punture eseguite a questo scopo, non fanno che peggiorare le condizioni dei reni, come dimostrano le *Osservaz. 21.ª della terza e 3.ª della seconda categoria.*

È impossibile il formulare qui delle norme dogmatiche ed assolute: *il clinico dovrà mettere sulla bilancia il pro ed il contro l'operazione, ponderando bene il responso dell'esame completo della funzione urinaria.* Si dovrà in ogni caso tenere conto della indicazione da una parte e dall'altra della natura e della profondità della lesione renale.

Nei casi in cui l'*indicazione è veramente vitale,* urgente, l'operatore intervenendo anche alla presenza di gravi lesioni renali, adempie un dovere, pur non essendo numerose le probabilità di riuscita. Così in un tumore ovarico con torsione del peduncolo e fenomeni peritoneali gravi, suppurazione della cisti, in setticemia da tumori in sfacelo, la vita è minacciata così da vicino e molte volte in modo così certo che l'operatore si decide ad operare malgrado una complicanza renale, Laddove invece l'operazione *non è necessaria* in modo assoluto, allora dovrà ben ponderare il *diverso significato* dell'albuminuria nei singoli casi. Se l'albumina *è spuria* e dovuta a processi di cistite, la sua importanza per lo più è secondaria purchè (ed in ciò nei casi dubbi darà luce l'esame cistoscopico), non s'accompagnino lesioni delle vie superiori. Se invece si ha motivo di credere che l'albuminuria sia d'origine renale, allora il grado e la profondità delle lesioni renali entrano in considerazione nonchè la sua origine e la natura del tumore. Se la lesione *è lieve, riparabile* (quantità delle urine normali, o quasi, peso specifico, procento d'urea elevato, scarsa presenza di cilindri jalini nei sedimenti), sia essa dovuta o non dovuta al tumore, l'operazione potrà essere praticata, se non esistono altre controindicazioni d'indole generale. L'operazione *dovrà poi essere praticata* qualora la lesione ancora repa-

rabile si reputi *causata dal tumore* (stadio iniziale di idronefrosi, pieliti, ecc.). Il decorso di alcuni casi operati in simili condizioni, e da me riferiti, ci dà ragione di tale condotta.

Se la lesione *invece è irreparabile* (quantità dell'urine notevolmente diminuita, basso peso specifico e procento minimo d'urea, nei sedimenti numerosi cilindri granulosi, epitelii renali ed eventualmente qualche cilindro cereo), sia essa preesistente al tumore o dovuta ad esso, se non esistono complicanze, a questo dovute, che minaccino da vicino la vita (nel qual caso si dovrebbe operare), è preferibile rinunciare all'operazione (*osservaz. 16.ª, 28.ª 29.ª, 3.ª categ.*). In certi casi l'*origine*, la *natura* ed il *volume del tumore* potrà farci propendere per l'astensione o per l'operazione: i tumori ovarici a parità di circostanze più facilmente ci faranno adottare l'intervento perchè crescono più rapidamente e perchè fatalmente conducono all'operazione stessa; i tumori maligni pure, se circoscritti. Al contrario i fibromi uterini, data la lentezza del loro sviluppo e la possibilità d'una sosta nella loro evoluzione, ci faranno più facilmente propendere per l'astensione; tanto più che in essi l'intervento è quasi sempre più grave e le lesioni urinarie, per i più intimi rapporti cogli ureteri, se non più frequenti (l'albuminuria s'osservò nel 13 0[0 delle cisti ovariche, nel 11 0[0 dei fibromi), sono certo più avanzate. *Sopra i sei casi infatti di operate morte per complicanze renali, in cinque si trattava di fibromi.* Tra le lesioni poi del rene sopratutto depone per l'astensione l'esistenza d'una *nefrite parenchimatosa* od *interstiziale avanzata.*

A questi criterii s'ispira la linea di condotta seguita in Clinica dal prof. Mangiagalli ed essi mi pare trovino il loro appoggio nello studio delle osservazioni da me riferite.

Nel caso in cui la riparabilità della lesione renale o l'urgenza dell'indicazione permette l'atto operativo, nonostante la lesione stessa, è chiaro che noi dovremo attenerci a tutte *quelle norme che possono renderlo meno aggressivo* riguardo ai reni. Laddove circostanze speciali (indicazione urgente, anuria assoluta, ecc.) non richieggono un pronto intervento, sarà d'uopo *migliorare antecedentemente* per quanto è possibile, le condizioni del filtro renale, colla dieta lattea, col riposo e si cercherà di diminuire un' eventuale insufficienza funzionale del rene,

Ciò si otterrà seguendo i consigli dello Spencer Wels (1), favorendo la diuresi ed eccitando la funzione degli organi vicarianti (pelle, intestino). Nella osservazione *1.ª del 2.º gruppo 3.ª categoria,* prima dell'atto operativo si era in tal modo potuto migliorare assai l'affezione renale. Dato il concetto d'un eventuale compressione degli ureteri o delle vene renali, si potrà forse fare talora un tentativo per diminuirne l'effetto con uno speciale decubito della paziente (il Cristowitch cita un caso in cui era evidente l'effetto del decubito ed io ricordo le esperienze di Brown Sequard, il quale vide scomparire l'albuminuria nelle gravide ponendole bocconi). Non ho però esperienza alcuna in proposito, come neppure sopra una possibile azione benefica della fasciatura espulsiva degli arti consigliata dal Grocco (2).

Durante l'atto operativo poi si cercherà d'evitare scrupolosamente l'ingresso di antisettici nel cavo peritoneale; si sceglierà il processo che abbrevii per quanto è possibile la durata dell'operazione e si farà uso della minor quantità possibile di anestetico, essendo l'intensità dei disturbi da questo provocati spesso proporzionale alla quantità inalata (3).

Nel decorso post-operativo poi ci opporremo al sovraccarico di lavoro che pesa sui reni, a causa dell'aumentata eliminazione di materiali di regressione, ed all'azione nociva del concentramento maggiore delle urine: ciò si otterrà favorendo la diuresi, sia lasciando, secondo la proposta del Meredith (4), addirittura una certa quantità di soluzione fisiologica nel cavo peritoneale, sia introducendone dosi sufficienti per via rettale ed ipodermica (metodo seguito in Clinica). Si cercherà d'aumentare nello stesso tempo la pressione arteriosa colla somministrazione di cardiocinetici, si favoriranno, appena sia possibile, le evacuazioni dell'alvo e appena cessato il vomito si somministreranno copiose bevande e specialmente latte alla paziente. Pur sorvegliando in tali casi con accuratezza la minzione, si dovrà evitare la troppo frequente introduzione del catetere che, oltre alla possibilità di riacutizzare processi

---

(1) V. lavoro citato, pag. 279.

(2) V. lavoro citato.

(3) R. ALESSANDRI. « Degli effetti del cloroformio ecc. » *Il Policlinico,* 15 Giugno 1894.

(4) *The Lancet* (citato dalla *Riforma Medica,* Giugno 1897).

di cistite preesistenti, può per via riflessa avere un'azione dannosa sul rene.

Concludendo:

1.° L'assenza d'albumina nelle urine nel caso di tumori addominali non esclude la possibilità d'una lesione renale.

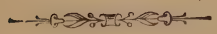
2.° L'albuminuria si osserva nel 12 0|0 circa dei tumori ovarici e dei tumori uterini: in alcuni casi è dovuta a catarro delle vie periferiche, nel maggior numero di casi è d'origine renale.

3.° Tale albuminuria raramente è causata da prodotti tossici agenti sull'epitelio renale e provenienti da alterazioni sopravvenute nel tumore stesso o da questo provocate nelle funzioni dell'organismo. Per lo più è dovuta a disturbi nel circolo renale, sia per la stasi venosa da compressione delle vene renali, sia per la stasi urinosa sovravvenuta per restringimento di uno o d'entrambi gli ureteri.

4.° Il significato di quest'albuminuria è grave soltanto laddove lo stato della funzione renale e l'esame microscopico dei sedimenti ci rivela una nefrite parenchimatosa od interstiziale od una pielonefrite.

5.° Ogni atto operativo in tali condizioni richiede una prognosi molto riservata a causa dei molteplici fattori che durante esso fanno risentire un'azione nociva sul rene.

6.° Solo nel caso di lesioni renali lievi e riparabili sarà quindi permesso un intervento, nel caso di gravi lesioni sarà di regola l'astensione, salvo indicazioni urgenti e vitali.



RASSEGNA

Prof. FUERBRINGER e Dott. FREYHAU (Berlino). — **Nuove ricerche sulla disinfezione delle mani.** — *Deutsche Med. Wochens.*, 1897.

In questi *Annali* furono già riferiti gli esperimenti varii sulla disinfezione delle mani eseguiti da varii autori (Ahlfeld-Reinicke) controllati colle colture in brodo, in gelatina, in agar; e furono riferiti i lavori di bacteriologia sui genitali femminili di Kroenig e Menge, da cui scaturivano come naturali e logiche conseguenze nuove norme sull'assistenza al parto e sul modo di preparare le mani dell'operatore e le parti dell' operanda alle operazioni ginecologiche ed ostetriche.

Quale complemento interessante, per chi si occupa di questi argomenti recentissimi, citiamo oggi i risultati di un lavoro del prof. Fürbringer condotto sullo stesso argomento. — Il prof. Fürbringer ripetè gli esperimenti di Ahlfeld, di Reinicke e di Poten mediante il sublimato, l'alcool, ed il lisolo, controllando i risultati delle disinfezioni su diversi metodi di culture, e facendo precedere o no l'alcool nella lavatura agli altri disinfettanti, previa accurata disinfezione meccanica colla spazzola, la lima e le frizioni mediante pezzi di flanella.

Egli venne alle seguenti conclusioni:

1.° l'alcool agisce uccidendo direttamente i bacterii;

2.° mediante la proprietà di togliere il grasso dalle mani e la proprietà di unirsi all'acqua non solamente si apre facilmente la via alla disinfezione dei tessuti, ma prepara convenientemente il terreno perchè il disinfettante adoperato dopo dell'alcool abbia il massimo contatto colle parti da disinfettarsi;

3.° distacca le squame epidermiche superficiali colle impurità che vi sono aderenti compresivi i bacterii e li trascina via.

In appoggio agli asserti suoi il prof. Fürbringer cita anche le conclusioni dei lavori di Th. Paul e B. Krönig eseguiti nel laboratorio della Clinica ostetrica del prof. Zweifel: « I bacterii e i reagenti chimici » (*Zeitscrift fur phys. Chemie*, 1896, XXI, 3). Questi studii attestano che l'alcool allungato esalta il potere disinfettante del nitrato d'argento e del sublimato e gli autori citati credono che questa azione dell'alcool si esplichi col fatto che l'alcool facilita l'ingresso e il contatto dei disinfettanti nei microrganismi.

A questo proposito è bene ricordare ancora quanto abbiamo già detto esaminando gli studii di Ahlfeld già citati, che cioè Ahlfeld attribuisce la potente azione antisettica all'alcool anche al fatto che si approfonda e filtra con grandissima facilità attraverso gli strati epidermici. CIOJA.

NEUMANN. — **Untersuchungen über Schwefelsäureausscheidung und Darmfäulniss bei Wöchnerinnen** (*Ricerche sulla eliminazione dell' acido solforico e sulla putrefazione intestinale nelle puerpere*). — *Archiv für Gynäkol.*, Band 52, Heft 3.

Il parto, la involuzione dei genitali, la secrezione lattea ed altri fatti sono fattori tali che devono senza dubbio modificare profondamente il ricambio materiale, già notevolmente alterato pel fatto della gravidanza.

Notevole sopratutto è questa modificazione per quanto riguarda l'eliminazione dell'acido solforico in puerperio. Nei primi giorni di questo, esso diminuisce. Deve una tale diminuzione essere addebitata alla lochiazione, alla secrezione lattea ed alla diminuita alimentazione nei primi giorni dopo il parto? Pare che quella legge secondo la quale la eliminazione dell'acido solforico corrisponderebbe al consumo delle sostanze azotate, subisca in puerperio una modificazione per cui, aumentando la eliminazione d'azoto, decresce considerevolmente la quantità di acido solforico nelle urine. Tuttora sconosciute sono le cause dell'alterazione di questo rapporto.

Le ricerche fatte dall'A. intorno a queste variazioni quantitative concordano, pei risultati, con quelle fatte, or è già qualche tempo, da Grammatikati, e da essi deduce che l'eliminazione dell'acido solforico nei primi 10 giorni di puerperio oscilla, con poche eccezioni, intorno ai limiti più bassi della normale eliminazione di esso.

Per quanto riguarda la putrefazione intestinale, è noto come l'intensità di essa dipende dal rapporto fra i solfati e gli eteri solforici emessi per le urine, rapporto che normalmente è di 10 a 1, ma che può variare anche in condizioni fisiologiche. Orbene, le indagini in questo senso, fatto dall'A. su quattro puerpere, gli diedero cifre tali che proverebbero che la quantità degli eteri solforici durante i primi dieci giorni di puerperio si trova al disotto della quantità media, e che il suddetto rapporto è sempre più o meno spiccatamente alterato.

Egli osservò altresì che l'intensità della putrefazione intestinale era aumentata in quei casi in cui non s'era potuto, durante il parto, ottenere l'evacuazione dell'intestino; donde l'utilità di provvedere allo svuotamento dell'intestino durante il parto, allo scopo di evitare una intensa putrefazione intestinale. TRIDONDANI.

LIVIO HERLITSKA. — **Beitrag zum Studium der Innervation des Uterus** (*Contributo allo studio della innervazione dell' utero*). — *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, Vol. XXXVII, Heft I.

L'A. s'è giovato per questi studi del processo di Ehrlick, delle iniezioni col bleu di metilene: si servì di uteri esportati con operazioni, di uteri di neonate e di quelli di cavie, coniglie e gatte. Solo con quelli d'animali ottenne risultati soddisfacenti. Dallo studio dei suoi preparati l'A. crede di poter dedurre che esi-

stono nell'utero due sistemi di fibre nervose, le une vasali, le altre proprie dell'utero. Riguardo alle prime l'A. rilevò ai lati di ciascun vaso due rami nervosi da cui partono diramazioni che formano una rete nella tonaca muscolare dell'arteria, dalla quale rete si staccano le terminazioni che finiscono tra le fibrocellule muscolari. Riguardo al secondo sistema, l'A. distinse nei suoi preparati due specie di fibre nervose: le une disposte a fasci ondulati, con i caratteri delle fibre pallide di Remak, formano colle loro diramazioni e con quelle che partono da alcuni elementi cellulari, a nucleo grosso e scarso protoplasma granuloso, una rete intricata che ritiene dipendente dal simpatico: le altre formate da lunghi filamenti diritti, senza varicosità, con di tratto in tratto dei punti intensamente colorati, corrispondenti agli strozzamenti del Ranvier, sono provviste di mielina e sono in rapporto coll'asse cerebro-spinale. In corrispondenza degli strozzamenti del Ranvier partono diramazioni pure provviste di mielina e strozzamenti. Da uno di questi terminale partono due rami senza mielina, con varicosità, a colorazione uniforme (cilindri assili), i quali si risolvono in finissimi filamenti con granuli pallidi alla cui estremità si presentano ingrossamenti triangolari ed a ventaglio. Pare si tratti di terminazioni intercellulari che si distribuiscono a vaste zone di tessuto uterino senza contrarre rapporto alcuno paragonabile alle placche motorie colle fibrocellule muscolari. Le cellule trovate nella rete simpatica, la cui natura nervosa è dimostrata dalla colorazione caratteristica col bleu di metilene, dalle comunicazioni colle fibre di Remak e dalla presenza di granuli caratteristici degli elementi nervosi, non hanno a che fare con cellule gangliari la cui struttura è assai più complicata. L'A. ammette che esse non servano che alla conduzione dell'eccitamento nervoso ed accenna alla loro analogia coi neuroblasti da cui derivano i filamenti nervosi mielinici.

Riguardo a vere cellule gangliari, l'A. non ne ha potuto trovare: date però alcune esperienze di fisiologia che tenderebbero a provarne l'esistenza, non nega le possibilità della loro esistenza non ancora dimostrata. LUIGI NEGRI.

NOTIZIE

Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

Il Prof. G. Emilio Curàtulo — Roma, Via Gregoriana, 50 — fu eletto Vice Presidente-Cassiere in sostituzione del Prof. La Torre, dimissionario.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIX. Dicembre 1897. Num. 12.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Pavia

diretto dal Prof. L. Mangiagalli

COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND 10 JAN 98

IL PARTO PODALICO

NELLA CLINICA OSTETRICA DI PAVIA

STUDIO STATISTICO

DEL

Dott. ERSILIO FERRONI

Assistente volontario.

(Continuazione, vedi pag. 594).

Vizî pelvici. — Anche i vizî pelvici rendono estremamente mobile il feto entro la cavità uterina perchè ostacolano più o meno l' impegno della parte presentata. In tali casi accade di sovente che il feto stesso superi l'ostacolo della filiera pelvi-genitale, mettendo in rapporto con lo stretto superiore un segmento del suo corpo che non sia il vertice. È perciò che le viziature pelviche si son ritenute come uno tra i fattori etiologici della presentazione podalica. Il Litzmann (56), fra i primi, sostenne quest' opinione e volle che della presentazione di podice la varietà piedi fosse generalmente la conseguenza del vizio pelvico, specialmente nel bacino piatto, idea espressa anche dal Michaelis (57), dallo Schröder (58), ecc. Inverardi (10) riscontrò su 301 donne che partorirono un feto pel podice, 29 bacini viziati di diverso grado, cioè a dire 9. 6 di queste pelvi sopra ogni 100 casi di parto podalico. È notevole a questo riguardo la statistica del Mangiagalli (2) che trova su 61 donne con parto pel podice, 20 stenosi pelviche, il che equivale al 32. 78 0[0 di bacini viziati.

Io, su 349 casi di parto podalico, ne ho notati 41 in bacini viziati, val quanto dire 11. 74 0[0.

In base ai dati che ho potuto raccogliere, ho diviso queste 41 pelvi viziate nel modo seguente:

Vizii pelvici di 1.° grado N. 27 . . { Bacini simmetrici N. 24 { Bacini semplicemente piatti (rachitici e non rachitici) N. 18. Bacini totalmente ristretti (e totalm. ristretti piatti) N. 6.
Bacini asimmetrici » 3

Vizii pelvici di 2.° grado N. 12 { Bacini totalmente ristretti simmetrici N. 10. Bacini totalmente ristretti asimmetrici N. 2.

Pelvi osteomalaciche N. 2.

Nel raccogliere la cifra complessiva dei bacini viziati ho tenuto conto solo di quelli la di cui C. V. era inferiore a 9 cm. e 1[2.

Credo che questa classificazione sia sufficiente a metterci sott'occhio nel modo più schematico possibile tutto ciò che può interessarci dal punto di vista del parto podalico: in essa difatti sono raggruppati i varî vizî pelvici in rapporto al loro grado, alla loro forma e al loro genere, unico mezzo di conciliare razionalmente un materiale tanto disparato.

Ai casi riportati in questo specchietto se ne aggiunga uno in cui, oltre al vizio pelvico, si riscontrava una forte inclinazione del bacino, così da rendere quasi verticale il piano dello stretto superiore.

Si trattava di una Ipara, con pelvi obliqua avente una C. V. di 8 cm. e sulla quale si provocò il parto prematuro all' 8.° mese.

Dato questo numero di bacini viziati si può dire che il vizio pelvico abbia esercitato nella Clinica di Pavia una grande influenza sulla genesi del parto podalico?

Relativamente al caso dell' inclinazione pelvica, che considero a parte per non ritornare più su di esso, non vi ha alcun dubbio: si sa che l'inclinazione esagerata ostacola in massimo grado l'impegno della testa allo stretto superiore e quindi aumentano le probabilità per la presentazione di podice. Se a ciò si aggiunge la tendenza che in simili casi mostra l' utero a disporsi orizzontalmente col fondo in avanti e più in basso del segmento inferiore, costituendo il così detto ventre a bisaccia, si capirà come queste probabilità si accentuino in modo notevole.

Passiamo piuttosto agli altri casi di vizio pelvico pei quali ho stabilito un procento dell' 11. 74.

Se il bacino viziato avesse avuto una parte essenziale nella genesi della presentazione podalica, la percentuale da me riferita avrebbe dovuto essere di gran lunga superiore a quella che si riscontra nelle altre presentazioni in genere e specialmente nel parto pel vertice. Dalle statistiche più accreditate non emerge questa differenza. Accennerò fra tutti al Pestalozza (59) che, recentemente, dice di aver riscontrato su 7962 donne 1444 casi *certi* di stenosi pelvica, cioè a dire il 18 0[0 di questi bacini nei parti in genere. Se a questi risultati si mettono accanto quelli del Tibone (60), secondo cui s'incontrerebbe un vizio pelvico ogni 6-7 parti pel vertice, cioè a dire il 14-16 0[0 di pelvi viziate nelle donne che partoriscono in tale presentazione, la cifra che rimarrebbe pei parti podalici sarebbe alquanto inferiore a quest'ultima. La statistica del Michaelis (57) è dimostrativa su tale riguardo, molto più perchè desunta dalla sua pratica privata. Egli nelle pelvi viziate trova il 75 0[0 di presentazioni di vertice, il 15. 6 0[0 di presentazioni di spalla e soltanto il 3. 5 0[0 di presentazioni padaliche. Spiegelberg (61) va ancora più in là: su 544 parti nei bacini ristretti, ha visto la presentazione dell'estremo cefalico nel rapporto dell'83 0[0, poco diversa perciò dalla media che si riscontra nelle pelvi in genere. È fuor di dubbio quindi che nei nostri parti pel podice la percentuale dei vizî di bacino è di poco superiore a quella riportata per le altre presentazioni, il che significa che alle viziature pelviche potrebbe anche darsi un'importanza minore di quella che loro si attribuisce relativamente alla genesi del parto podalico.

Consideriamo ora partitamente queste forme di bacino.

Il maggior numero di parti podalici si è riscontrato nei vizî di 1.° grado (27 present. di podice); in quelli di 2.° grado ne figurano 12. Faccio astrazione dalle pelvi osteomalaciche, che per la loro natura non possono aggrupparsi alle altre pelvi stenotiche quando si considerino sotto il punto di vista dell'etiologia delle presentazioni.

Nella mia piccola raccolta i bacini con viziatura di 1.° grado stanno a quelli di 2.° come 2. 25 : 1. Questa proporzione non è conforme a quella generalmente ammessa per i vizii pelvici in genere, secondo la quale la cifra delle viziature di 1.° grado dovrebbe essere superiore di molto a quella di 2.°. Ciò indica che il parto podalico si ha con maggior frequenza nelle pelvi in cui la stenosi è più accentuata e questo in rapporto alla maggiore mobilità che acquista l'utero e alla

maggiore difficoltà d'impegno che in simili casi risente la parte presentata.

Tra i vizii di 1.° grado ne abbiamo 18 appartenenti a bacini simmetrici, calcolando complessivamente i piatti rachitici e i non rachitici.

Si sa che il bacino piatto è frequentissimo: basti dire che la pelvi piatta non rachitica è più frequente della rachitica [Michaelis (57)] e che questa si trova generalmente diffusa. Esso, secondo tutti gli ostetrici, e il Michaelis pel primo, offre il maggior numero dei casi di distocia pelvica. È inutile confortare tutto ciò con delle statistiche quando il Barnes (62) su 195 pelvi viziate, ne trova 150 piatte e quando lo Schröder (58) basandosi sopra un gran numero di medie prese in Germania, riporta 14-20 bacini piatti su 100 donne che partoriscono. Dai nostri casi non si ha questo rapporto: su 41 viziature di bacino, 23 pelvi, cioè a dire più della metà, non sono piatte.

È stato detto che il parto podalico è più frequente nelle pelvi piatte che non nelle altre, è stato pure detto che in questi bacini le present. non di vertice sono quattro volte più frequenti che non nei bacini normali [Schröder (58), Litzmann (56), Michaelis (57) ecc.]: tutto ciò non risulta dalle mie osservazioni, dalle quali invece si potrebbe dedurre che la presentazione di podice avviene con maggior frequenza nelle pelvi che non sono piatte.

Stando sempre alle pelvi simmetriche, abbiamo visto come le totalmente ristrette siano 6, mentre le piatte raggiungono la cifra di 18. Si avrebbe quindi un rapporto di 1 : 3. Se a questi bacini totalmente ristretti aggiungiamo quelli di 2.° grado (simmetrici ed asimmetrici), in numero di 12, avremo 18 pelvi totalmente ristrette su 18 piatte: riferendo le prime a tutte le viziature pelviche prese assieme, 41, si ha il 43. 9 0[0 di bacini totalmente ristretti, regolari o irregolari e di qualsiasi grado.

Nelle pelvi viziate in genere, indipendentemente dalla presentazione, questa percentuale è di gran lunga inferiore; tra le statistiche sul riguardo mi basta citare quella del Pestalozza (59) che a Firenze, su 1444 viziature di bacino, ha trovato 236 pelvi generalmente ristrette, cioè a dire nella proporzione del 17 0[0. Mi valgo di queste cifre perchè tratte da un materiale appartenente all'Italia e molto più a Firenze in cui il grado delle pelvi viziate rappresenta presso a poco la media di quello che si riscontra nelle altre regioni.

Dalle mie osservazioni si può quindi desumere che la pelvi generalmente ristretta, simmetrica o asimmetrica e di qualunque grado, ha spiegato sulla genesi della presentazione podalica un' influenza maggiore che il bacino piatto: in tal modo diventerebbe poco sostenibile l'affermazione di molti, secondo i quali il numero dei parti podalici nelle pelvi non piatte sarebbe minimo.

Un altro fatto di un certo interesse è quello che si riferisce alla Iparità o pluriparità accoppiata al vizio pelvico.

Delle 41 donne con viziature di bacino 22 erano Ipare e 19 pluripare. Queste ultime si dividono nel modo seguente in rapporto al numero delle gravidanze:

IIpare	N. 6	VIpare	N. 1
IIIpare	» 4	VIIpare	» 1
IVpare	» 4	IXpare	» 1
Vpare	» 1	XIIpare	» 1

Totale N. 19.

Si ha poi relativamente ai vizi pelvici:

Primipare	N. 22	N. 15 con vizio di 1.° grado » 7 » » » 2.° »
Pluripare	N. 19	N. 12 con vizio di 1.° grado » 5 » » » 2.° » » 2 con bacino osteomalacico
	N. 41	

Questo rapporto tra Ipare e pluripare deve avere un certo valore specialmente se messo in confronto con quello ordinario tra le une e le altre.

Ho detto che il vizio pelvico agisce rendendo mobile il feto entro l'utero per l'ostacolato impegno dell'estremità cefalica: questa mobilità nelle pluripare potrà dar luogo ad un' altra presentazione che non sia il podice, come ad es. a quella dei piani laterali, mentre nelle Ipare, in cui il feto si accomoda meglio in situazione longitudinale per i caratteri proprii dell'utero, ad una presentazione di vertice si sostituirà con maggiore probabilità una dell'ovoide podalico. In quest'ultime poi il ventre pendulo è frequente quando si tratta di un vizio pelvico, giacchè il feto che non può impegnarsi lungo gli ultimi tempi della gravidanza come fa nelle condizioni ordinarie, è costretto a spostare

in alto il fondo dell'utero il quale, se non è ben contenuto dalle pareti addominali, tende sempre a rovesciarsi in avanti.

Il numero delle Ipare in rapporto a quello delle pluripare cresce poi nei vizi pelvici di 2.° grado. Si ha infatti:

1.° Grado . .	Ipare	15 = 55.5 0[0	2.° Grado .	Ipare	7 = 58.3 0[0
	plurip.	12		plurip.	5
		N. 27			N. 12

Nelle viziature di 1.° grado le Ipare rappresentano il 55.5 0[0 delle donne gravide, mentre in quelle di 2.° ascendono al 58.3 0[0.

Questa differenza tra Ipare e pluripare si fa più manifesta se consideriamo i soli bacini totalmente ristretti, siano o no simmetrici e a qualunque grado essi appartengano.

Delle 18 pelvi totalmente ristrette, 12 si debbono a Ipare e 6 a pluripare:

1.° Grado: bacini totalmente ristretti (e totalmente ristretti piatti)	N.	6	dei quali	5	in Ipare
Bacini totalmente ristretti simmetrici . . .	»	10	»	5	»
Bacini totalmente ristretti asimmetrici . . .	»	2	»	2	»
	N.	18		N. 12	

La proporzione delle Ipare è in tal caso del 66.66 0[0.

Ha realmente quindi una certa importanza il fatto della primiparità accoppiata frequentemente al vizio pelvico e tale importanza è tanto maggiore quanto più il bacino è generalmente ristretto nella donna che partorisce per la prima volta. Tale considerazione, del resto, non credo debba essere esclusiva pel parto podalico dal momento che anche il Muggia (63) l'ha messa in rilievo per la presentazione di faccia.

Tra i dati che ho raccolto non vi è altro che si possa riferire ai vizi di bacino come fattore etiologico: di tutto il resto mi occuperò in seguito e in un capitolo a parte.

Pelvi ampia. — La pelvi ampia è stata considerata dal Truzzi (11) quale causa non ultima della presentazione podalica. Egli, nella sua relazione dell'Ottobre scorso al 3.° Congresso italiano di ostetricia, riporta 23 casi di questa pelvi su 394 donne (con gravid. semplice e composta) che partoriscono pel podice, e chiarisce il rapporto che passa tra bacino ampio e presentazione dell'ovoide pelvico. A quanto disse

il Chiarleoni (64) nella discussione dell'argomento, aggiungo che sui miei 349 casi di parto podalico semplice non vidi che due sole volte una pelvi relativamente ampia, il che si accorderebbe poco con le conclusioni messe avanti dall'autore.

Gravidanza multipla. — La gravidanza multipla esercita un' influenza marcatissima sulla genesi del parto podalico: secondo le mie ricerche, infatti, su 100 feti gemelli, circa 34 nascono pel podice.

Mi limito per ora al semplicissimo cenno di quest'altro fattore senza fermarmi ulteriormente sull'argomento, dovendo intrattenermici di proposito in un capitolo a parte sulla presentazione podalica nella gravidanza multipla, ove potranno trovar posto altre considerazioni che non essendo di natura etiologica, urterebbero all'armonia sistematica di questi appunti.

Prematuranza del feto. — Si sa che durante la prima metà della gravidanza l'utero si mostra presso a poco sferico e che questa forma globosa dal 6.° mese in poi tende a modificarsi per divenire lungo il 9.° mese nettamente ovoidale con segmento inferiore molto più piccolo del superiore. Si sa pure che verso il 5.° e il 6.° mese di gravidanza l'estremità pelvica del feto è relativamente poco sviluppata e che essa assieme agli arti inferiori rannicchiati rappresenta una massa appena uguale o anche più piccola di quella della testa. Quanto più ci avviciniamo alla fine del 9.° mese, queste condizioni cambiano o per meglio dire s'invertono, poichè, con lo sviluppo successivo del feto, le natiche e gli arti inferiori complessivamente sono cresciuti di tanto per quanto il volume dell'ovoide pelvico atteggiato supera di molto quello della testa. Se applichiamo la legge dell'adattamento alla forma del contenente e del contenuto nelle varie epoche della gravidanza e specialmente dal 6.° mese in poi, avremo come risultato una maggiore frequenza di presentazioni podaliche quanto più il feto è immaturo. Non è difatti che negli ultimi tempi che il podice più voluminoso si mette in rapporto col fondo dell'utero più espanso.

Quantunque basate sopra uno scarso numero di casi, le osservazioni di Pinard (28) sono a tal riguardo abbastanza dimostrative. Egli esaminò colla maggior cura 15 donne gravide da 5 a 6 mesi e 1[2: in 4 la testa, estremamente mobile, era in basso; nelle altre 11 essa era in alto e chiaramente percepibile con la palpazione a livello della regione ombelicale. Con l'esplorazione, deprimendo il segmento inferiore

dell'utero, si sentivano nettamente gli arti inferiori. Anche Martel (65) in 5 donne gravide da 4 a 6 mesi ha osservato che la testa occupava il fondo dell'utero.

In seguito a questo adattamento l'immaturità del feto è una delle cause essenziali per la presentazione del podice. È superfluo aggiungere che con l'adattamento si deve anche considerare l'estrema mobilità del feto immaturo, fattori che si completano a vicenda. Questa mobilità che nel 7.° e 8.° mese serve al feto come mezzo alla ricerca di un accomodamento utile e stabile, nei primi mesi invece serve quasi da sola a favorire la presentazione podalica, poichè è in questo periodo della gestazione che per la forma sferica dell'utero l'accomodamento fetale, checchè si voglia dire, perde della sua importanza di fronte al fattore della gravità che cercherebbe di condurre in basso la testa più voluminosa. (Scanzoni (66) vuole infatti che in tal caso la presentazione pelvica derivi da una presentazione cefalica in cui la testa sia stata deviata lateralmente per una specie di versione spontanea). Dato che il feto non possa ancora adattarsi, che esso nuoti nel liquido amniotico e che la gravidanza a quest'epoca si debba interrompere, si dovrà in gran parte a questa mobilità se il podice si metterà eventualmente in corrispondenza della bocca uterina.

Quanto più il feto si muove tanto più cresce la probabilità di una presentazione che non sia di vertice; questa probabilità è quindi massima quanto più ci allontaniamo dai parti a termine.

Lo Schröder (58) ha trovato difatti che i cambiamenti di presentazione si fanno 65 volte su 100 casi lungo l'8.° mese, e 38 volte su 100 lungo il 9.° Che la prematuranza del feto, per le ragioni sommariamente accennate, dia luogo spesso alla presentazione di podice, è dimostrato da un gran numero di statistiche. Veit (67), raccogliendo le cifre di Dubois, Scanzoni e Spaeth, riporta 1478 parti dei quali 247 appartengono al 5.° e al 6.° mese di gravidanza, 1231 al 7.°, 8.° e 9.° Egli così riassume le presentazioni in rapporto all'epoca in cui il parto è avvenuto:

Mesi di gravidanza	N. dei parti	Present. di V.	Podice	Tronco
5.° e 6.° mese . .	247	140 = 56.68 0[0	95 = 38.46 0[0	12 = 4.85 0[0
7.°, 8.° e 9.° mese	1231	898 = 72.94 »	283 = 22.98 »	50 = 4.06 »

Infine Dubois (68), su 2020 parti a termine, trova 1913 volte una presentazione di vertice (94 0[0 circa). Koettnitz (16), che su 74 parti podalici ne osserva 12 prematuri, fa ascendere a 16. 21 0[0 la cifra di quest'ultimi. Braun (18) invece al 20 0[0 avendo trovato lungo il 6.°, 7.° e 8.° mese un feto prematuro pel podice su 5 a termine.

Casati riporta (1) diverse cifre a seconda dei vari resoconti annuali, così nel 1866 dà il 25. 3 0[0 di feti prematuri nel parto podalico, nel 1867 il 18. 9 0[0, ecc. Facendo una media generale, si ha circa il 21 0[0, laddove considerando tutti i parti a termine avvenuti in quell'epoca nella Scuola ostetrica di Milano, si ha una presentazione di podice su 40. 8 in genere. Stando invece al De Billi (69) se ne dovrebbe trovare una su 20 parti a termine, e secondo il Grassi (5), della Maternità di Firenze, 1 su 26. Nelle statistiche di Hegar e Spiegelberg (61) su 32264 feti, 659 erano nati prematuramente: di questi 148, cioè 22. 4 0[0, erano nati pel podice. Inverardi (10) conclude che nel parto pel podice i feti immaturi stanno ai maturi come 1 : 1. 9. Egli, su 301 feti nati per l'ovoide pelvico, trova:

Parti a termine	Parti al di sotto dell'8.° mese	7.° e 8.° mese	Prima del 7.° mese	Epoca incerta
N. 196 = 65. 1 0[0	N. 105	83 = 27. 8 0[0	17 = 5. 6 0[0	5

donde si può ricavare: a termine 65. 1 0[0; al di sotto dell'8.° mese 33. 22 0[0, non tenendo conto dei 5 casi incerti. Si ha quindi un parto podalico a termine su 26 gravidanze.

Truzzi (11) su 394 feti, compresi i gemellari, ne ha trovato 176 prematuri e 218 a termine o quasi: questi ultimi ascenderebbero perciò al 55. 3 0[0. Pinard (28) su 3301 parti podalici ne vide 1593 a termine e 1708 prima dell'8.° mese. Ciò significa il 48. 2 0[0 di gravidanze a termine o in altri termini un feto maturo su 2. 07 immaturi, i quali ultimi raggiungerebbero quindi il 51. 7 0[0. Considerando poi tutti i 100,000 parti dai quali Pinard potè ricavare i 3301 pel podice, si avrebbe un parto podalico a termine su 62 gravidanze, risultato che si avvicina a quello dello Stoltz (70) di 1 : 70. Belluzzi (14) in 1720 parti, osserva 43 presentazioni podaliche così divise:

al 7.° mese . . . . N. 7
all'8.° » . . . . » 16
al 9.° » . . . . » 20 (13 a termine).

Si avrebbe quindi il 46.51 0[0 di parti lungo il 9.° mese di gravidanza. Volendo però tener conto, come fa l'autore, dei *soli* parti a termine (13 sui 20 del 9.° mese), la percentuale dovrebbe scendere a 30.23.

Etienne (20) riporta 2495 parti con 76 presentazioni podaliche, delle quali 31 a termine (40.7 0[0), il che equivale al 59.2 0[0 di feti immaturi e riferendo questi 31 parti al complesso dei 2495, si avrebbe un feto maturo pel podice su 83 gravidanze. Mangiagalli (2) va ancora più in là: su 65 presentazioni podaliche 18 appartengono a feti a termine (27.6 0[0), 47 a feti immaturi (72.4 0[0).

Le cifre da me ricavate sul totale dei 349 parti podalici sono le seguenti:

Immaturi N. 147	Lungo il 4.° mese . .	N.	5	parti	pel P.	
	» 5.° » . .	»	10	»	»	= 10.8 0[0
	» 6.° » . .	»	28	»	»	
	» 7.° » . .	»	47	»	»	= 13.4 »
	» 8.° » . .	»	57	»	»	= 16.3 »
A termine		»	202	»	»	= 57.8 »

Ho trovato quindi il 57.8 0[0 di parti a termine di fronte al 42.1 0[0 di feti immaturi dall'8.° mese in giù. Secondo queste percentuali i feti immaturi starebbero ai maturi come 1 : 1.3 (147 : 202) e si avrebbe un parto podalico a termine su 42 gravidanze in genere. Un rapido sguardo alle statistiche che fin qui ho riportate, ci fa notare una enorme disparità di risultati ultimi; essi difatti oscillano tra il 16.21 e il 72.4 0[0 di feti immaturi. È difficile stabilire un accordo tra queste cifre: in ogni modo è bene rilevare che i miei risultati si avvicinano alquanto a quelli di Pinard e d'Inverardi e che anzi rappresentano una media di queste due ultime statistiche, sino ad oggi le migliori pubblicate sull'argomento. A compimento di quanto è stato detto sull'influenza dell'immaturità del feto per la genesi del parto podalico, mi piace riportare questo piccolo quadro dell'Inverardi (10) abbastanza dimostrativo, desunto da un ugual numero di parti pel podice e pel vertice nella Clinica di Torino:

Parti a termine .	V. 265 = 88.04 0[0 P. 196 = 65.1 »	7.° e 8.° mese . .	V. 30 = 9.9 0[0 P. 83 = 27.8 »
Prima del 7.° mese	V. 2 = 0.66 0[0 P. 17 = 5.6 »	Epoca incerta . .	V. 4 P. 5

Nel parto pod. i feti immaturi rappresentano circa la 3.ª parte dell'intiero numero delle gravidanze, mentre in quello per vert. l'8.ª parte appena. Ho voluto ricercare quale rapporto presentassero i feti maturi e gl'immaturi considerati partitamente nelle Ipare e nelle pluripare.

Nelle 155 Ipare il parto è avvenuto:

a termine	97	volte
all'8.° mese	27	»
al 7.° »	21	»
al 6.° »	7	»
al 5.° »	3	»
	N. 155	

Nelle 191 pluripare:

a termine	102	volte
all'8.° mese	30	»
al 7.° »	26	»
al 6.° »	21	»
al 5.° »	7	»
al 4.° »	5	»
	N. 191	

Da tutto ciò risultano queste percentuali:

Primipare			Pluripare		
A termine . . . . . 62.51 0[0			A termine . . . . . 53.40 0[0		
Al disotto dell'8.° mese 37.4 »			Al disotto dell'8.° mese 46.5 »		
cioè			cioè		
8.° mese	7.° mese	al disotto del 7.° mese	8.° mese	7.° mese	al disotto del 7.° mese
17.4 0[0	13.5 0[0	6.3 0[0	15.6 0[0	13.6 0[0	17.2 0[0

Da queste cifre si deduce: 1.° che i parti podalici a termine si riscontrano con maggior frequenza nelle primipare che nelle pluripare, così da trovare il rapporto di 1 : 1.05, mentre nei parti podalici in genere si trova 1 primipara su 1.23 pluripare; — 2.° che il maggior numero di feti immaturi è dato dalle pluripare, specialmente quando il parto si avvera dal 7.° mese in giù. — A questo riguardo mancano delle buone statistiche che potrebbero servire come termine di paragone con la mia: la sola che mi è possibile citare è quella del Pinard (28), il quale sarebbe venuto ai seguenti risultati:

1347	Primipare . .	Gravidanze a termine	639 = 47.4 0[0
		» al disotto dell'8.° mese	708 = 52.5 »
1954	Pluripare . .	Gravidanze a termine	954 = 48.8 0[0
		» al disotto dell'8.° mese	1000 = 51.1 »
3301			

Tali cifre non si accordano affatto con quelle da me riportate, anzi le contraddicono. In mancanza di altri dati preferisco lasciare impregiudicato l'argomento specialmente per quanto riguarda la prima delle conclusioni sopra riferite, giacchè per la seconda si potrebbe trovare una spiegazione nella maggiore mobilità che gode il feto entro l'utero delle pluripare lungo i primi mesi della gravidanza.

Morte del feto. — Allo stesso modo che nei feti prematuri, si avrà una maggiore frequenza di presentazioni podaliche nei casi di feto morto, tanto più poi se questo è macerato.

Aggiungerò anzi che la premorte del feto avrà sulla genesi della presentazione podalica un'influenza maggiore di quella spiegata dai feti prematuri, e ciò perchè quando il feto è morto e per di più macerato, scomparisce il fattore principale dell'accomodamento che è la forma stessa del contenuto. Difatti, il feto morto da un certo tempo, si rilascia così da perdere qualsiasi tonicità, principalmente dal lato del tronco e degli arti: il feto, secondo una felice espressione dello Charles (34), non cerca più i suoi comodi, esso è diventato una massa inerte che si modella, si muove e si situa senza sottostare alle leggi che regolano le presentazioni normali.

È per questa ragione che le presentazioni non di vertice sono in tali casi tanto frequenti. Stando al Braun (18), su 100 parti di feti macerati se ne riscontrano 18 partoriti per la pelvi (cioè 18 0[0]) e il Fritsch (71), su 100 feti morti, ne avrebbe visto 30 in presentazione podalica, mentre su 100 feti nati vivi soltanto 4 avrebbero presentato il podice. Hubert (37) su 46 feti nati morti al 7.° mese, ne ha contato 23 pel vertice e 23 pel podice (1 su 2 = 0. 50 0[0]), mentre che su 70 feti nati vivi alla stessa epoca, 60 sono stati partoriti pel vertice (6 su 7) e 10 pel podice (1 su 7).

Secondo Churchill (72) nei parti settimestri si hanno 83 presentazioni di vertice su 100 feti vivi, laddove trattandosi di 100 feti morti e nelle stesse condizioni, si hanno per lo meno 53 presentazioni anormali. Duncan (73) su 527 feti macerati potè vedere 94 presentazioni anormali (cioè 1 su 5): di queste 88 o 1 su 6 appartenevano al podice (16. 69 0[0]) e 6 o 1 su 88 alla spalla. Se riscontriamo poi le statistiche di Dubois e Scanzoni raccolte da Cohnstein e riportate dal Pinard (28), si nota che su 165 feti morti espulsi prima del 6.° mese, 81 erano nati pel vert., 80 pel pod. (cioè 48. 48 0[0]), e 4 pel tronco. Nella Clinica di Pavia,

dal 1883 in poi, ho raccolto le storie di 61 casi di feti morti macerati, appartenenti a gravidanze semplici e li ho classificati secondo la presentazione per la quale erano stati espulsi: ho trovato 16 presentazioni di podice, cioè a dire il 26.23 0[0, mentre questa percentuale sarebbe stata di gran lunga inferiore se si fosse trattato di feti vivi. I 61 feti macerati erano così divisi:

Vertice	N. 32
Podice	» 16
Faccia	» 3
Spalla	» 7
Ignote	» 3

Da ciò risulta che le presentazioni anomale, nei feti morti da me esaminati, raggiungono circa il 50 0[0 (48 0[0), cifra che su per giù si avvicina a quella stabilita dal Churchill (72).

Considerando d'altro canto il numero dei feti premorti e macerati nel complesso delle presentazioni podaliche, si giunge a delle conclusioni identiche a quelle già riferite. Sui 349 feti nati pel podice e che più sopra ho riportato, ne potei riscontrare 94 premorti al travaglio in varie epoche della gravidanza: ciò significa che il 26.9 0[0 dei feti nati in presentazione podalica sono premorti o macerati. Questi 94 feti si dividevano nel modo seguente:

A termine	N. 23			
Dall'8.° mese in giù .	» 71	8.° mese	N.	14
		7.° »	»	22
		6.° »	»	21
		4.° e 5.° mese . . .	»	14

41 di essi, cioè a dire circa la metà, erano macerati e appartenevano: 4 a termine, 9 all'8.° mese, 10 al 7.°, 11 al 6.°, 5 al 5.° e 2 al 4.°

La percentuale del 26.9 0[0 dei feti premorti non trova fra tutte le statistiche che si conoscono altra conferma che in quella dell'Inverardi (10). Egli su 314 feti nati pel podice ne ha visto 90 premorti al travaglio, cifra che corrisponderebbe al 28.6 0[0. Tutte le altre giungono a dei risultati ben diversi dai nostri. Citerò solo Pajot (54) e Guéniot (40) i quali trovarono 48 feti morti e macerati su 391 parti podalici (12.27 0[0); Porak (55) che su 126 parti pel podice vide 18 feti morti prima dell'inizio del travaglio (14.28 0[0); Burns, citato dal Pasto-

rello (74), che a Dublino su 242 casi di parto podalico ebbe 42 feti putrefatti (17. 35 0[0); Etienne (20) con 14 feti macerati su 76 presentazioni di podice (18. 42 0[0), ecc., ecc.

Dissi poc' anzi che i feti macerati, più che gl' immaturi, dovrebbero dar luogo alla presentazione podalica e ciò per tutte quelle condizioni speciali che si verificano dopo la morte del feto. Il procento dei feti morti e dei macerati, presi complessivamente, dovrebbe quindi essere superiore a quello dei soli feti prematuri: questo rapporto però non risulta dalle nostre cifre, poichè mentre per i primi si ha il 26. 9 0[0, per i secondi ho già stabilito il 42. 1 0[0. Tuttavia se consideriamo che nella categoria dei feti immaturi vennero compresi, oltre i vivi anche i premorti, quella differenza tra le due percentuali non ha più luogo ad esistere. Difatti, togliendo dai 147 feti prematuri i 71 premorti dall' 8.° mese in giù, rimarranno su 349 presentazioni di podice 76 feti prematuri vivi, il che è uguale al 21. 7 0[0. Alle stesse conclusioni si verrebbe anche con le altre statistiche se vi fossero i dati per ripetere su di esse i calcoli che ho fatto per la mia.

(Continua).

I SETTI TRASVERSALI DELLA VAGINA

SOTTO IL RAPPORTO DELLA ORIGINE CONGENITA, DELLA PROIEZIONE VAGINALE E DELLA IMPORTANZA OSTETRICA

STUDIO CLINICO-SPERIMENTALE

PEL

Dott. CARLO FERRARESI

(Continuazione e fine, vedi pag. 828).

Dai casi esposti risulta evidente la difficoltà di stabilire un tipo frequente e unico di restringimenti come quello descritto da Ostermann nella adunanza riferita della Società ostetrico-ginecologica di Berlino. Velpeau (1) che aveva studiato i setti anche nel cadavere, aveva quindi idee abbastanza precise in proposito, espresse la verità nel riguardo clinico, dichiarando che i casi hanno terminazioni molto varie. Esistono invece molte varietà aventi di comune l'assenza macroscopica di tessuto cicatriziale, uno spessore medio del tratto aderente, con o senza aperture (le quali compaiono in ogni caso nel parto), a differenti livelli, e che finora furono, senza dati concreti, interpretati e compresi col nome di congeniti dagli autori. Entro questi limiti sono ancora compresi casi di svariato aspetto clinico, e dove le prognosi troppo generalmente e soverchiamente ottimiste di alcuni autori, citati, sono destinate, talvolta, a smentite nei fatti. Praticamente debbono, infatti, come fu veduto, accomunarsi a questi i casi di aderenze a tessuto cicatriziale poco esteso, suscettibili di foggiarsi a membrana nella distensione. Con tutto ciò la molteplicità dei mezzi di cura impiegati può esprimere la disparità di vedute degli autori sul trattamento. Come è apparso già dalle tavole, la maggioranza di essi dà la preferenza alle incisioni quale mezzo dilatante nei restringimenti vaginali, ma Lusk (2),

(1) Velpeau. Loco citato.
(2) Lusk. Loco cit.

che operò così in 2 casi, raccomanda di precedere le incisioni con l'azione del dito, della spugna preparata, del colpeurynter, fino a raggiungere una dilatazione discreta. Winckel (1) preferisce il colpeurynter dopo le docce emollienti, come più sicuro, salvo i casi di stenosi molto rigida dove usa il coltello. Vanrell (2) pure consiglia la spugna, i dilatatori idrostatici. Già Sillani (3) raccomandava pei setti membranosi i mezzi dilatanti incruenti e, solo nei casi di soverchia resistenza, le forbici. Per le incisioni, chi insiste, sovra tutti, è Spiegelberg (4), affermando che dopo prudente attesa manifestandosi necessità di allargamento artificiale, il coltello tiene il primo posto. Tale necessità è tanto più frequente quanto più il setto è spesso, anche nei tipici restringimenti anulari congeniti. Consiglia di dirigere l'azione col dito nell'intestino o dalla vescica. Nel caso di briglie a ponte preferisce le forbici. Schroeder (5) che ammette anche il colpeurynter nella cicatrizzazione estesa, preferisce le incisioni nel tessuto cicatriziale limitato. Hubert (6) che predilige i mezzi incruenti, come profilattici, nel parto accenna al bistoury bottonuto o a guaina e alle forbici indifferentemente. Kramer (7) consiglia di incidere in più punti nelle stenosi anulari congenite della vagina. Cazeaux (8) come Chailly (9) propose le incisioni in croce, nei restringimenti più bassi, e ritenne inutile la escisione atteso che i lochi impediscono l'adesione. Il secondo vuole che la vulva sia a questo scopo divaricata, vescica e retto vuoti, ma negli ostacoli altolocati crede indispensabile lo speculum, raccomanda inoltre cautele speciali; incisione lenta e a strati per non intaccare troppo una parete in caso di aderenze, e continuare la dilatazione con strumenti smussi o col dito, poichè ritiene queste operazioni « estremamente difficili e pericolose. » Come fu dimostrato, le incisioni per quanto superficiali intaccano sempre le pareti vaginali, essendo il

---

(1) Winckel. « Lehrbuch d. Geb. » citato.

(2) D. Antonio M. Vanrell. « Tratado completo del arte de partear. » Barcelona, 1887, p. 222.

(3) Sante Sillani. Loco cit.

(4) Spiegelberg. Loco cit.

(5) Schroeder. « Lehrbuch d. Geb. » citato.

(6) E. Hubert. Loco cit.

(7) A. Kramer. « Grundriss der Geburtshülfe. » Stuttgart, 1892.

(8) Cazeaux et Tarnier. Loco cit.

(9) Chailly Honoré. Loco cit.

setto costituito esclusivamente da queste; perciò è appropriato il nome di elitrotomia introdotto da G. Braun (1). Herff (2) ha determinato con precisione la tecnica: incisioni longitudinali multiple e piccole, sulle cicatrici, nella parete laterale per evitare ferite di cavità. Nelle escisioni di cicatrici anulari e nelle incisioni profonde, suture che possono richiedere una tecnica perfezionata. Winckel ha determinato la profondità delle incisioni, in caso di stenosi molto rigide, con la cifra di 1 ad 1 1[2 cm., raccomandando poi le suture, e Lusk indica come punto di partenza pei processi dilatanti la zona più depressa (più assottigliata) del tratto atresico. P. Müller è molto esplicito riguardo ai mezzi dilatanti incruenti: li dichiara meritevoli di poca fiducia e invece pratica numerose incisioni.

Se però sono accettate comunemente le incisioni, non può affermarsi che siano altrettanto comuni i criterii che le indicano presso gli autori citati. La insufficenza delle contrazioni è l'indicazione esclusiva per Puech, Chailly, Morisani, Vanrell. Delaunay attende genericamente l'insorgere di difficoltà, Herff l'imminente rottura o la impossibilità constatata con osservazione prolungata, di una dilatazione spontanea che può rientrare in parte nella insufficienza delle contrazioni. Hubert interviene sopratutto ad evitare lacerazioni e spossamento dell'organismo. Braun e Zweifel vogliono risparmiare doglie forti. Per quest'ultimo inoltre, come per Spiegelberg e Schroeder, la scarsa parte che prendono al rilasciamento le cicatrici, e la conseguente distensione eccessiva dei tratti sani giustificano l'intervento. L'alterata elasticità dei tessuti obbliga ad agire secondo Davis, citato.

Il momento di agire, secondo Spiegelberg, è quello della contrazione, per determinare la sede della maggiore resistenza durante il massimo della tensione, controllare meglio l'azione del coltello e renderla anche più facile. Dührsen (3) consiglia di praticare le incisioni quando il capo distende le cicatrici.

Per alcuni, come Puech e Hubert, l'estrazione successiva del feto ha scopo pressochè comune a quello delle incisioni, queste invece hanno indicazioni distinte per altri. Tutto ciò è importante per un ap-

---

(1) G. Braun. Loco cit.

(2) Otto v. Herff. Loco cit.

(3) A. Dührsen. « Vade-mecum di ostetricia, ecc. » Trad. Colucci, 1890.

parato di mezzi costituenti, come fu dichiarato, il trattamento più comune dei casi in discorso. L'insufficenza delle contrazioni ha termini troppo vaghi, tanto se riferita all'ostacolo che alla figura delle contrazioni stesse. Difficile a riconoscere per tempo, essa non può determinare, in ogni caso, un momento preciso all'azione, o indicazioni urgenti, come ad es. le rotture imminenti alla soverchia distensione dei tessuti sani. Tale insufficenza potrebbe intendersi meglio espressa con l'arresto prolungato della parte presentata a livello del setto. Neppure quest'ultima formula, più determinata, è da accettarsi, poichè non è sempre conveniente attendere siffatto limite, al contrario di quanto può accadere nell'arresto determinato da restringimenti pelvici, dove la dimora prolungata della testa trova ampî compensi nei noti e molteplici meccanismi di riduzione del cranio quanto a volume e quanto al confronto dei diametri.

Nel caso di restringimenti vaginali, invece, fu riconosciuto per conto del feto, che la riduzione può essere difficile o pericolosa. La progressiva diminuzione di spessore dell'orlo e dell'intero setto, può servire a riconoscere i progressi del parto, nei casi principalmente presi in considerazione, cioè in quelli dove il tessuto in distensione è omogeneo, o quasi (dunque nei cosidetti sepimenti congeniti). È più facile il giudizio in caso di cicatrici, perchè a meno di estesa cicatrizzazione che reclama per sè, già per tempo, altri interventi, è possibile il confronto coi tessuti sani. Infatti lo spessore e la consistenza del tessuto cicatrizio non si modifica secondo un parallelismo desiderabile coi tessuti sani.

È più opportuno chiedere a tali elementi l'indicazione all'intervento che non alle sole contrazioni, la cui azione lenta può rappresentare anche il coefficente favorevole di una dilatazione graduale con minor rischio di rotture. S'intende che accanto a queste considerazioni stanno quelle relative ai segni diretti di sofferenza fetale che impongono da per sè l'intervento urgente. Quanto al pericolo di rotture davanti ad un eccesso di contrazioni, esso è dimostrato assai frequente dalle tavole, sono sopratutto frequenti le rotture del setto rettovaginale. All'aumento fisiologico delle contrazioni in presenza di aumentate resistenze, può guardarsi certamente con maggiore calma nel caso di restringimenti pelvici non eccessivi, che in quelli di parti molli, dove l'intervento sarà giustificato più spesso.

Alla copia di mezzi escogitati e impiegati a dilatare i restringimenti è fortunatamente impari la esigenza naturale dei casi. Fu già dichiarato che all'infuori del riguardo diagnostico, praticamente, nel parto, la distinzione tra setti membranacei pervii o atresici, perde ogni valore. La distensione del parto provoca, infatti, la comparsa di fori nei setti atresici così facilmente come processi, che terminano a cicatrice, obliterano in gravidanza stenosi anche congenite (cosidette). Così viene a restringersi la necessità dei mezzi dilatanti accennati. Il loro numero eccessivo è in gran parte spiegabile con le imperfette e incerte cognizioni ricordate sulle condizioni di formazione, esistenza e struttura dei setti. Così la deficente notizia anatomo-patologica è provata anche fuori del campo ostetrico da inutili artificii, come quello di Jariavaj (1), che sorprende di trovare ammirato da Le Fort, e consistente nella incisione a strati previo stiramento colla sonda di Bellot, fatta passare pei due fori, di un ponte membranoso della vagina di una sifilitica. Così l'altro colla tenta e specillo nel caso ostetrico di Rizzoli (N. 74) e quello collo stiletto di Trélat (N. 12). In questi e in altri casi numerosi le incisioni dirette erano senza dubbio preferibili, trattandosi semplicemente di connettivo della mucosa assottigliato dallo stiramento.

Dalle conoscenze meglio determinate di anatomia patologica dei setti è tolta la via dunque a tutti i procedimenti complessi o molto lenti, oltre che poco favorevoli all'asepsi (laminaria, spugna, ecc.), a confronto delle incisioni. È chiaro ormai un compito preciso dell'assistenza: sciogliere le aderenze delle pareti vaginali, qualunque sia l'estensione delle aderenze (spessore del setto), eccetto i gradi minima e qualunque la struttura delle stesse (cicatrici, ecc.).

I casi più semplici appartengono alle aderenze poco estese e altolocate senza tessuto cicatriziale apprezzabile, con o senza foro centrale. Per questi la influenza della distensione trasversale può esplicarsi in tutta la sua estensione: essa verrà aumentando quanto più si distende il segmento inferiore e progredisce la dilatazione, intantochè la borsa delle acque, poi la testa finiscono per poggiare strettamente sul setto. Lo spessore di questo già riconosciuto proporzionale all'estensione del

---

(1) Jariavaj. *Le Progrès*, 1859, T. IV, p. 561.

tratto di pareti aderenti, è, nelle condizioni accennate, inversamente proporzionale alla distensione subìta, quindi alla forza sviluppata dall'utero, poichè un rapporto trae seco necessariamente l'altro. Finalmente, tanto più si distende il setto quanto più alto è il grado di elasticità dei tessuti vaginali normali e quanto più tenaci le aderenze. Il differente grado di resistenza dei tessuti, allorchè vi entra un più o meno notevole contingente di masse cicatriziali, complica ancora questi rapporti, che non possono tradursi in una formula, trattandosi di elementi in parte incostanti e non misurati. Rimane tuttavia certo che lo spessore del setto in tensione è il risultato di elementi complessi, da tenere in conto per la prognosi e per l'assistenza.

Pel meccanesimo già descritto della natura del setto, presto o tardi compare o si allarga un foro dove la sonda o il dito possono insinuarsi per apprezzare lo spessore « basale » del sepimento, sempre maggiore di quello centrale. Nei casi molto semplici, prima accennati, essi sono proporzionali. Nei casi di più o meno estesa cicatrizzazione, comprendente zone più o meno ampie di parete vaginale, capaci di costituire una forma permanente al setto, cioè non più solo virtuale, e dove il rapporto tra la parte centrale e periferica del setto è stabilito dal processo di cicatrizzazione più presto che dal grado di tensione della parete, le condizioni costituenti lo spessore basale sono più complesse.

Nelle tavole è ricordato più volte l'aspetto « imbutiforme » del cul di sacco costituito dal setto, che non può attribuirsi a impressione individuale dei relatori, giacchè esso fu rilevato ad esempio per uno solo dei setti nel caso di sepimenti multipli. In tali condizioni lo spessore basale è certamente enorme, ma oltre la forma impressa dalla rigidità delle pareti colpite da processi cicatriziali, è da contemplare un altro elemento, che non può trascurarsi neppure in casi analoghi a quelli semplici sopra esposti, cioè il livello del sepimento. Infatti fu osservato che muta ai varii livelli il grado di resistenza, alle trazioni, della parete vaginale.

In questi concetti è già implicitamente definito quale deve essere l'assistenza per i gradi minimi di aderenza. Sono questi soli veramente, che forniscono indicazione assoluta « all'aspettazione. » La natura vince da sè, senza rischi, e qui può applicarsi per intero, il principio di Chailly, che il miglior corpo dilatante è la testa fetale. Il successo è dato alle contrazioni perchè l'ostacolo è sormontabile. La prognosi può

essere stabilita fin da principio, ma fuori di questi limiti è solo il decorso del parto che, insieme agli elementi descritti, permette il giudizio; ciò fino ai gradi maggiori dove il giudizio può essere anticipato.

L'affermazione che l'aspettazione è di regola nei gradi più leggeri di aderenze vaginali, senza o con scarso tessuto cicatriziale, che distese a membrana si assottigliano per tempo nel parto fino alla rottura, dove, quindi, manca indicazione all' intervento, ha valore assoluto riguardo alle conseguenze dirette dei sepimenti. Fu accennato però in generale alla « limitazione del campo vaginale in rapporto alle misure intrapelviche » che ha peso nella prognosi in caso di vizii pelvici complicanti. I gradi leggeri di aderenza vaginale, risultano più frequenti nelle primipare dove manca il confronto di parti pregressi; s' impone dunque la questione se in primipara davanti ad un caso di setto di grado minimo, sia opportuno attendere la rottura naturale o praticare le incisioni, quando i diametri pelvici per le misure esterne risultino deficenti anche di poco. Se il grado dell'aderenza fosse più considerevole, sarebbe anche da valutare che, oltre l'esame della coniugata interna, viene a mancare in travaglio l' utile osservazione del meccanismo del parto e la possibilità di provvedimenti urgenti.

A misure esterne deficenti, non è da esitare a praticare le incisioni neanche in gravidanza, per rendere possibile anzitutto la misurazione digitale della coniugata, e questa rimane forse l' indicazione esclusiva per incisioni in gravidanza. Infatti coi risultati della statistica queste furono dimostrate inutili se dirette ad evitare interventi nel parto. Fu rilevato lo scarso numero dei fautori di esse. L' incerto apprezzamento sulla resistenza dei tessuti avanti il parto, la tecnica delle suture (inevitabili in tali casi poichè all' incisione di cicatrici in gravidanza sarà certamente preferibile la escisione) difficile (Herff), mentre la calma di un intervento in gravidanza è compensata dalla minor molestia per la paziente di agire in un tempo solo al momento del parto, fanno bandire questa pratica.

Gli esiti descritti di siffatte operazioni in gravidanza non incoraggiano a ripeterle; valga ad esempio il caso di Skutsch. Nel caso di cicatrizzazioni un po' estese, raramente si potranno evitare operazioni atipiche, dove le escisioni non potranno facilmente condursi secondo un asse per incrociarlo con la direzione della sutura, in guisa da ri-

petere il noto meccanismo di ampliamento della vagina in senso trasversale (1).

Può pertanto dubitarsi che l'intervento precoce soddisfi al principio di evitare ferite aperte all'infezione nel parto, mentre è possibile che il decorso del parto dimostri inutili le ferite artificiali, insignificanti per estensione quelle naturali. In ogni caso l'azione in gravidanza dovrebbe essere contenuta entro un limite minimo, sotto il quale i risultati sarebbero insufficenti nel parto, e un limite massimo oltre il quale i processi di riparazione, nella loro ultima fase, potrebbero mettere capo a nuove stenosi. L'apprezzamento di questi limiti è, senza dubbio, difficilissimo o, se vuolsi rigoroso, impossibile. Infine come può tornare superflua l'operazione nel parto, così può essere inutile in gravidanza, quando non peggiori le condizioni come è dimostrato da esempi riferiti.

All' infuori, dunque, dei gradi estremi di restringimento, dove può essere arrischiata l'attesa del parto per le vie naturali, in tutti gli altri il decorso del parto, colla guida degli elementi descritti, è istruttivo sopra la necessità e il momento di intervenire. Infatti allo stesso modo che sono esercitate influenze dai restringimenti pelvici sui movimenti meccanici del feto, furono descritte influenze dei restringimenti vaginali sul parto. Senonchè l'attesa non può essere identica nei due casi, perchè fu dimostrato che può essere dannoso l' attendere oltre brevi limiti nei vizii delle parti molli, e in questi, più che alle influenze meccaniche sul feto, è ai mutamenti del setto, già studiati, che bisogna dirigersi.

P. Müller riguardo al decorso del parto, pone come elementi di resistenza, lo spessore della membrana occludente, l' estensione del tratto stenotico, e il grado del restringimento. Tali elementi sono compresi nello studio fatto dello spessore basale e centrale, e furono già stabiliti dei gradi minimi, medii e massimi, corrispondenti ai casi più facili a decorso spontaneo, a quelli più particolarmente considerati ora, e finalmente ai casi con cicatrici estese. Ammesse le incisioni come il mezzo più appropriato, non si può respingere tuttavia il confronto con mezzi ad azione estesa in superfice, rappresentati dal colpeurynter, avendo accettato il meccanesimo di dilatazione sopraesposto

---

(1) A. I. Orloff. (Società ost. e gin. di Kiew). *Ann. de Gynéc. et d'Obst.*, Mai 1896.

dei casi a decorso spontaneo. Questi suppongono l'esistenza di setti a consistenza uniforme come il connettivo stirato della mucosa vaginale, o pressochè uniforme come in caso di debolissime cicatrici.

In allora, all'azione del bistoury che coglie un'estensione di tessuto limitata, pare preferibile il pallone che stira le aderenze ripetendo lo stesso meccanesimo delle trazioni per azioni dell'utero e della testa fetale, combinate. Se non che simili casi, come appartenenti ai gradi minimi, sono abbandonati alle forze naturali riconosciute, nella casistica, sufficenti senza rischio della madre o del feto.

Per questi e per gradi maggiori, il colpeurynter può servire all'idea di affrettare gli ampliamenti della vagina a fine di giudicare per tempo la resistenza o il probabile contegno del setto nel progresso del parto. Praticamente però, oltrechè l'ampliamento è più facile dall'alto (quello naturale), l'intervento è richiesto per lo più, nei gradi medii, da setti a consistenza non informe. Questi sono costituiti da parti molli a parete normale stirata e da parti più dure di tessuto cicatriziale. L'indicazione più logica e diretta è quella di ristabilire l'uniformità di resistenza normale dei tessuti, giacchè è la differente consistenza delle parti quella che più minaccia la rottura della vagina, secondo i concetti riferiti di Spiegelberg, Schroeder, Zweifel. Ora nulla può meglio rispondere a questo scopo, del coltello che esercita una azione limitata appunto alle parti più resistenti. In tal caso la distensione uniforme del colpeurynter perde il suo valore. In vantaggio del bistoury è anche la possibilità di azione rapida e con maggiori garanzie di asepsi.

Senza dubbio nei casi considerati ora, mancando vasti territorii cicatriziali, la incisione è sufficente ed è superflua l'escisione. Distrutti gli attacchi delle pareti, per dieresi, cessa la causa dello stiramento e la parete tende a ricostruirsi in direzione normale, col meccanesimo descritto. Per il senso naturale della riduzione del lume nel puerperio le ferite longitudinali tendono ad avvicinare i proprii margini, limitando la superficie di affrontamento eventuale con altre lesioni di continuo della mucosa. La figura della ferita evidentemente è losangica in senso trasversale, finchè l'incisione è unica e continua lo stiramento laterale per conto degli altri punti aderenti della parete e finchè dura la distensione trasversale della vagina. Cessato lo stiramento e riducendosi il lume, ferite superficiali ridiventano, verosimilmente, lineari

nel senso originario e guariscono per prima intenzione, quando era inapprezzabile il tessuto cicatriziale nel setto, come fanno credere i casi di scomparsa assoluta del setto dopo il parto, dei quali ho dato io stesso un esempio (N. 24). Che non siano probabili le recidive per affrontamenti di superfici cruente nei così detti casi congeniti, è dimostrato, oltrechè per la limitazione descritta in dette superfici, anche perchè, ad evitare vescica e retto, le incisioni si fanno comunemente nei lati, seguendo un precetto antico e tuttora logico. Infatti non è stato forse ancora considerato a questo proposito che nell'adattamento normale delle pareti vaginali i lati non vengono a contatto: ricordando la figura ad H espressione di questo adattamento, è evidente che le superfici laterali o aste laterali sono tenute a distanza; non potranno quindi subire affrontamento le ferite praticate in questi tratti. Senza dubbio, dunque, a foro preesistente, un bistoury bottonuto sulla guida del dito è il mezzo più acconcio. Nell'atresia, piuttosto che incidere su pieghe artificialmente formate colle pinze (casi di Roy de Langevinière [N. 75] e di Roth [N. 77]), val meglio attendere la comparsa naturale di un'apertura, in forza del meccanesimo di dilatazione della vagina, o almeno quella del tratto assottigliato che Lusk addita come zona da perforare. L'estensione assegnata da Winckel, di 1 a 1 1[2 cm., pare accettabile perchè essa non invade certamente più del tessuto connettivo della mucosa stirato, come fa ritenere l'esperimento del setto artificiale. È vero che l'esperimento su vagina di adulta avrebbe potuto meglio definire scientificamente questo punto della tecnica operativa; tuttavia è supponibile una maggiore estensibilità nella mucosa delle adulte in istato di maternità, che nella mucosa più soda della vagina infantile. Le conclusioni dunque dell'esperimento fatto sono applicabili con più estesi limiti all'età adulta. Fu assegnata una figura losangica alla ferita longitudinale, durante lo stiramento delle pareti. Quella figura, supposto che il tessuto sia suscettibile anche di solo divaricamento dei lati della ferita, senza allungamento, può dimostrare che a superfici cruente disposte, dallo stiramento, sullo stesso piano, la circonferenza della vagina ristretta aumenta almeno di 2 cm. per ogni centimetro di incisione. Ad incisioni multiple riesce già evidente il vantaggio, ma per l'estensibilità del tessuto l'aumento è probabilmente maggiore.

La incisione durante la contrazione, raccomandata da Spiegelberg,

non espone ad estendere troppo i limiti del territorio colpito, giacchè un aumento per distensione della ferita artificiale, che non oltrepassi la base del setto, è contenuto ancora nella zona interna della vagina. Quella esterna, infatti, secondo quanto fu dimostrato, non è compresa nella introflessione. Già fu ricordato Zweifel che non ha visto, di regola, questo genere di lacerazioni raggiungere la tunica esterna della vagina.

La indicazione delle suture che Kaltenbach (1) e la maggioranza degli autori raccomandano per tutte le lesioni di continuo dei genitali, è discutibile qui dal punto di vista di evitare recidive dei restringimenti (ravvicinando gli angoli superiori e inferiori delle ferite) secondo i concetti esposti sul meccanesimo di scomparsa dei sepimenti. La tecnica delle suture è di capitale importanza nei casi di escisioni, ma tutto ciò rientra nel campo della profilassi generale dei restringimenti vaginali, a proposito della quale Popoff (2), come fu ricordato, ammette come potentissimi coefficenti, la prontezza del soccorso e la igiene delle popolazioni. È certo che, ammessa la ipotesi di setti per trasmissione intrauterina di infezioni materne, la proposizione di Puech (3) che nulla si può contro i setti congeniti, in senso profilattico, perde alquanto della sua assolutezza.

Le incisioni costituiscono da sè il trattamento diretto dell' ostacolo, come il loro equivalente, la sinfisiotomia, rispetto ai vizii pelvici. Le indicazioni della estrazione sono distintamente espresse nei casi, scarsi, di applicazione del forcipe previa rottura spontanea dell'ostacolo. In tali casi, è meno facile dubitare che l'intervento sia stato precipitato o eccessivo. L' estrazione può dunque essere richiesta per le condizioni già descritte a proposito dei casi, sopratutto per lo stato del feto le cui probabilità di asfissia furono dimostrate frequenti e facili. Il parto termina anche più presto con vantaggio delle parti che rimangono per minore durata, soggette a distensioni e contusioni (recidive dei restringimenti).

Una terminazione urgente può essere imposta da rotture. Entro questi limiti l' indicazione più comune essendo quella fetale, anche i

---

(1) R. Kaltenbach. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. II, Hft. 2, S. 277.

(2) Popoff. Loco cit.

(3) Puech. Loco cit.

semplici dati numerici dell'esito pel feto nella casistica dovrebbero soccorrere la conchiusione.

Sventuratamente, come fu osservato, i dati relativi al feto sono quelli che fanno maggior difetto nella letteratura, perciò non ho potuto raccogliere che 15 volte l'esito del feto tra i casi di incisione semplice del materiale esposto, e 17 volte l'esito del feto tra i casi di incisione seguita dal forcipe. In entrambe le raccolte la mortalità fetale è espressa dalla stessa cifra 3, equivalente a 20 0[0 pei casi di incisione semplice e 17 0[0 per quelli di incisione e forcipe. Pure riconoscendo gravi queste percentuali di mortalità, il vantaggio è per i casi di intervento col forcipe. Del resto osserva bene Fritsch (1), rispetto alle indicazioni del forcipe, che, a determinarle, è assurdo attendere che i danni per il feto si siano verificati, quando ad es. si siano manifestamente rallentati i battiti fetali un intervento rapido, come occorre pel feto, può ledere le parti materne, uno lento sacrifica il feto. In una maniera generale per la madre, può ripetersi con Acconci (2) che evitando specialmente i travagli prolungati, le troppo prolungate compressioni delle parti molli materne che ne limitano il potere di resistenza davanti ai microorganismi delle vie genitali, si fa diminuire la morbilità puerperale. Il forcipe dunque viene a terminare il parto nell'interesse della madre e del feto, così per l'estrazione podalica, le cui indicazioni non sono però espresse sempre chiaramente nella casistica.

In ogni caso le manovre di estrazione possono esigere uno spazio maggiore che non accade colla applicazione di forcipe, ordinariamente bassa, perciò senza necessità di profonde introduzioni della mano-guida. La richiesta di spazio può contrastare colle esigenze della profilassi delle rotture vaginali. Fortunatamente l'intervento col forcipe abbraccia il maggior numero di casi, dopo l'intervento colle sole incisioni. Il significato più ovvio di un intervento così comune nella casistica è che esso si adatta al maggior numero di casi. È chiaro quindi che le incisioni, praticate quando il setto assottigliato al massimo non cede spontaneamente e tosto, e l'applicazione di forcipe in più rari casi, costituiscono il trattamento più spesso indicato

---

(1) E. Fritsch. « Operazioni ostetriche. » Traduzione, pag. 66.

(2) Acconci. Loco cit.

dai gradi medii di restringimento. Wolczynski (1) per altro ha consigliato limiti anche più larghi: cioè intervento senza attendere che la testa raggiunga il restringimento, avendo osservato, nel suo caso, contusioni e puerperio morboso coll'agire altrimenti. All'infuori di questi e dei gradi minimi, già discussi, sono tutti quei casi dove il tessuto cicatriziale sovrabbonda, a confronto del tessuto normale, nel setto, rendendo eccezionale un decorso analogo a quelli descritti ora. Gradi simili di colpostenosi sono essenzialmente atipici e cadono fuori dell'argomento di questo lavoro. Tuttavia le ragioni addotte in favore della loro parziale comparsa nella casistica, li rendono meritevoli di un cenno rispetto al trattamento, tanto più che questi gradi non possono essere delimitati con termini rigorosi. Alcuni casi, infatti, sembrano sottrarsi al dominio degli interventi più gravi, senza appartenere per altro a quello dei gradi medii, per i caratteri anatomo-patologici. Nel caso di Montagnon (N. 65) per ristrettezza di spazio dovette essere abbandonata l'applicazione tentata del forcipe; fu impiegata con successo la leva, col concorso, però, di forti contrazioni. Quantunque oggi quasi concordemente sia respinto l'uso della leva, almeno come strumento traente, di recente il Pazzi l'ha raccomandato nei casi di pelvi uniformemente ristretta (2). Ciò richiama il caso citato, ma, oltre i dubbi che quest'ultimo lascia, è facile persuadersi che nei restringimenti vaginali in discorso la leva non può trovare campo di applicazione. È noto infatti che questo strumento per lo scopo indicato deve agire dal lato del pube, e già E. Hubert (3) riconobbe che la leva provoca distensione della parete posteriore del canal genitale. Questo può ammettersi anche a priori, astraendo dalle resistenze pelviche completamente, per semplificare il problema: la leva non può agire, senza respingerlo di lato, sopra un corpo sospeso ad un mezzo estensibile, a meno di non dominarlo dall'alto con mutamenti sufficenti della sua direzione o della sua curvatura, praticamente inapplicabili. Ora il lato verso il quale viene respinta la testa, cioè quello che subisce la maggior distensione è appunto la parete vaginale posteriore dove furono dimostrate costanti le distensioni e più facili le rotture spontanee. A

---

(1) Wolczynski. *Centr. f. G.*, 16.e, 1882, citato.

(2) Pazzi. « La leva nel bacino infantile anche dopo la provocazione del parto prematuro. » *Annali di Ost. e Gin.*, N. 10, 1894.

(3) E. Hubert. Loco cit.

modificare una direzione così sfavorevole delle forze, sarebbero certamente insufficenti i tentativi di mutare la direzione dello strumento rialzando il manico, poichè questo movimento è limitato dal pube, mentre aumenterebbe l'esigenza di spazio. Perciò neanche la ristrettezza di spazio può giustificare l'uso della leva in questi casi.

Uno sguardo ai casi della raccolta, accennati sopra, può bene convincere che le operazioni demolitive sul feto acquistano un particolare carattere di gravità, in vista delle condizioni delle vie da percorrere. Nei casi esposti la mortalità materna raggiunse il 50 0[0: ammesse pure le riserve fatte al principio, per riguardo alle differenze di epoche, di operatori, ecc., riconoscendo anche lo scarso numero di casi, non si può mancare di rilevare che nella stessa casistica spettano esiti migliori ad interventi più radicali per la madre. Tutto fa ritenere che in questi casi debba ampliarsi al massimo la sfera di applicazione del taglio cesareo: la quistione della scelta di altri interventi è molto semplificata nel caso di restringimenti vaginali, a confronto dei restringimenti pelvici. Intanto qui non può aver luogo antagonismo alcuno colla sinfisiotomia, e P. Müller (1) ha sostenuto che si può agire per le vie naturali solo quando la parte atresica è distesa e assottigliata a membrana. Tutti i casi ora in considerazione offrono dunque indicazione pel taglio cesareo. Kessler (2) ha trattato diffusamente tali quistioni a proposito del caso riferito (N. 39). Spiegelberg e Benicke consigliano il taglio cesareo perchè la dilatazione artificiale riesce difficile e non garantisce un passaggio sufficente. Breisky al taglio conservatore vuole sostituita l'operazione Porro per le difficoltà della lochiazione. Kessler, riservando la Porro ai casi complicati da vizio pelvico, la crede controindicata nella atresia semplice di vagina: 1.° per le difficoltà tecniche imposte dal raccorciamento e inestensibilità della vagina; 2.° non ripara alla ritenzione lochiale più della operazione cesarea semplice, secondo l'esperienza di casi citati; 3.° è inammissibile la mutilazione in soggetto ben conformato nel resto. Anche Staude (3) ha preferito il taglio cesareo conservatore all'amputazione utero-ovarica.

---

(1) P. Mueller. « Handbuch, » citato.

(2) L. Kessler. « Ueber die Behandlung der Geburt bei vollständigem Verschluss der Vagina. » *Berl. Klin. Woch.*, citato.

(3) Staude. *Centralbl. f. Gyn.*, N. 13, 34, 1881.

A questo proposito non potendo che accennare la questione, secondo le premesse fatte è sufficente rilevare che, a parte il caso stesso di Kessler, che non incoraggia a seguirlo, il caso di Litzmann (1) collocato tra gli esempi di lochiazione indifferente all'ablazione del corpo dell'utero, non pare affatto dimostrativo, essendo la donna morta dopo 60 ore con peritonite settica. I progressi poi della tecnica dell'operazione di Porro hanno indotto processi che permettono la formazione di un peduncolo lungo, per ovviare alle difficoltà di una vagina corta (2) e altri per facilitare il deflusso dei secreti del moncone (3), e finalmente non può dichiararsi ben conformata una paziente con estese deformità vaginali. Caruso (4) cita tentativi sfortunati diretti ad evitare la ritenzione lochiale nella operazione conservatrice; solo St. Braun, con esito favorevole, perforò le cicatrici vaginali. Egli però accettando il procedimento insieme alla dilatazione della cervice e al drenaggio, avverte opportunamente di non insistere in simili tentativi, terminando colla operazione Porro. Questa è anche meno discutibile pei casi complicati a vizio pelvico, dove lo stesso Kessler l'accetta.

Già il Mangiagalli (5) dichiarò una indicazione assoluta per la operazione Porro, le vaste atresie vaginali, così Guzzoni (6). Più esplicitamente di tutti, il Truzzi (7) afferma decisamente controindicata l'operazione di Sänger in tutti i casi di preveduto ostacolo al deflusso lochiale. Anche le statistiche raccolte da Neugebauer (8) di operazioni Porro e conservatrici per atresie vaginali, parlano in favore delle prime.

Infatti su 22 casi di operazione Porro 6 morti, sugli altri 34 casi, 10 morti (mortalità 27.27 0[0, 29.41 0[0 rispettivamente). Sottraendo, come è doveroso, un caso di operazione conservatrice in agonia, le cifre si pareggiano, ma in vantaggio della prima serie sono ancora

---

(1) Litzmann. V. N. 54 della casistica.

(2) V. E. Truzzi. « Ulteriore contributo allo studio della operazione Porro. » *Annali di Ost. e Gin.*, N. 5-6, 1890.

(3) Caruso. Loco cit.

(4) Caruso. Loco cit.

(5) L. Mangiagalli. « Sulle indicazioni assolute e relative del taglio cesareo, metodo Porro. » *Annali di Ost. e Gin.*, Aprile 1880.

(6) Guzzoni degli Ancarani. « Il taglio cesareo. » Collez. Ital. di letture sulla medicina, Serie IV, 1886.

(7) Truzzi. Loco cit.

(8) Neugebauer. Loco cit.

due casi, uno di infezione in corso, un altro di corcinoma in via di sfacelo.

Del resto dove l'ostacolo non è assoluto può essere ancora discussa la scelta, ma quello che sopratutto preme far rilevare per la prognosi generale e per quella delle condizioni locali, sono gli esiti sconfortanti degli interventi demolitivi del feto, riservabili appena a casi eccezionali, a feto morto.

A terminare questa rapida scorsa fuori dei limiti del lavoro, che fu però giustificata, debbo ricordare l'interruzione artificiale della gravidanza, che Müller ha messo appena in questione. Guéniot (1) la respinge assolutamente sia prima che durante il periodo di vitalità del feto. Ciò è logico per le difficoltà tecniche, per l'estrazione pressochè inevitabile in epoche avanzate di gravidanza. I rischi dimostrati pel feto nelle condizioni meccaniche dei setti, tanto più rilevanti quanto più la testa è riducibile, insieme alla limitazione di un progredito rammollimento gravidico, non compensano i rapporti diametrici più favorevoli.

CONCHIUSIONI.

La questione della origine congenita dei setti trasversi della vagina, tuttora agitata, è molto antica, e non è solo attualmente che la possibilità di questa origine fu negata. Il materiale della letteratura di epoche non recenti è insufficente ad una regola statistica.

La ricerca delle origini e maniera di formazione dei setti poggia su parecchi elementi.

Primo è lo sviluppo della vagina: la storia delle dottrine relative può essere distinta in 3 periodi, corrispondente, il primo, alle teorie che fanno derivare la vagina dal seno urogenitale, il secondo o classico ritiene germi esclusivi per la vagina i tubi di Müller, il terzo coi detti tubi rimette in questione anche il seno urogenitale per la parte inferiore della vagina (e imene). Nel periodo embriologico di questo sviluppo non esistono basi per l'origine dei sepimenti trasver-

---

(1) Guéniot. « Des rétrécissements cicatriciels du vagin. » *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, Mars 1886.

sali, e il territorio embrionale corrispondente all'estremo inferiore della vagina è tuttora imperfettamente conosciuto.

La conoscenza precisa della situazione della vagina illumina sopra la disposizione dei setti. Questa ricerca importante per sè stessa è stata condotta sopra i risultati delle indagini bibliografiche che dimostrano disaccordo e talora imprecisione di linguaggio e di idee: negli spaccati sagittali, coronali, trasversali della pelvi femminile a tutte le età, compresa la fetale, e lo stato di maternità, dove fu considerata sopratutto la porzione di vagina che sta sotto il piano della linea coccipubica, e la inclinazione dell'asse vaginale sulla stessa linea. Il riferimento fatto, dell' inclinazione vaginale, allo stretto inferiore è preferibile a quello collo stretto superiore essendovi rapporti più diretti. In ogni caso, dato il valore di una inclinazione, si può dedurre l' altra essendo noto l'angolo di incontro degli stretti pelvici, senza ripetizione di applicazioni grafiche. Infatti si può dimostrare come legge che quando l' inclinazione vaginale non raggiunge nè oltrepassa il parallelismo collo stretto superiore, l'angolo di incontro dei piani degli stretti pelvici equivale alla somma degli angoli di inclinazione della direzione vaginale cogli stretti medesimi. Quando invece il detto parallelismo è oltrepassato, l'angolo degli stretti misura la differenza tra i due angoli di inclinazione vaginale.

Lo studio della proeminenza della vagina dalla pelvi insieme alla sua inclinazione può completare quello della proiezione del pavimento pelvico (proiezione vagino-pelvica). I risultati di questa ricerca sulla vivente, concordano sufficentemente con quelli dei tracciati, e segnalano determinati mutamenti della inclinazione e proiezione della vagina (proeminenza dalla pelvi), con le modificazioni della proiezione del pavimento pelvico, ben distinte nei due segmenti ante e retrovaginale, nelle varie posizioni del corpo. Eccetto che nei feti, dove a scarsa inclinazione (cifra alta dell' angolo, circa 80°) la vagina è contenuta sopra la linea coccipubica per non meno che 2[3 della sua lunghezza, nelle altre età e condizioni si verifica un rapporto inverso della proiezione coll' inclinazione, cioè alle massime inclinazioni (cifra bassa dell'angolo) corrispondono minime proiezioni (protusione della vagina dalla l. coccipubica) e viceversa. Nelle adulte, fuori di maternità, la vagina discende, a confronto del feto, il suo tratto intrapelvico oscilla tra 2[3 e 4[5 solo nel 26 0[0 dei casi esaminati, i rimanenti casi possono essere

distribuiti in tre serie: in una il tratto in discorso corrisponde alla metà, nella seconda oscilla tra 1[3 e 1[6, e in una terza finalmente, la vagina proemina in totalità o quasi. L'inclinazione aumenta nell'adulta, senza rapporto preciso colla proiezione nei primi casi, dove si trovano eccezioni (retto e vescica distesi), è superiore a 40° in media nella penultima serie, superiore a 51° nell'ultima. In gravidanza diminuisce l'inclinazione (60°), corrispondentemente la vagina si abbassa. Nel parto diminuisce ancora l'inclinazione (fra 70° e 80°) e la vagina si abbassa maggiormente. Questo raddrizzamento e protrusione della vagina, nel puerperio si modificano: la vagina si inclina di nuovo intanto che rientra nella pelvi. Ai mutamenti molteplici di proiezione e inclinazione nella vivente, corrispondono anche modificazioni nella forma del segmento sacrale del pavimento pelvico.

L'esame macroscopico di organi pelvici induriti appartenenti ai primi anni di vita può dare, in parte, ragione della situazione fetale della vagina e anche della sua curva semplice a confronto della curva adulta. Il tessuto unitivo stipato tra vescica e uretra da una parte e parete vaginale dall'altra, cessa costantemente sotto il livello del fornice anteriore, per dar luogo a tessuto lasso dove sono meno intimi i rapporti cogli organi anteriori all'utero e vagina. La forma del lume vaginale, fetale e infantile, variabile cogli esemplari, è riconducibile a un tipo unico dovuto alla influenza degli organi adiacenti ed agli elementi colonnari: si ha dunque la figura di H rovesciato di lato in basso, e quella di un H diritto in alto; il passaggio dall'una forma di atteggiamento delle pareti all'altra si compie senza perdere la continuità delle aste esterne (modificando l'interna), con una X intermedia che è tanto più altolocata quanto più giovane l'età (in un caso è tra il terzo medio e l'inferiore della vagina). Le colonne laterali sono elementi importanti per la figura del canale inferiore (appiattimento laterale) e per l'imene (faccia interna). Le creste nel feto possono ricondursi a 3 tipi corrispondenti a 3 regioni: inferiore a cr. longitudinali, media a cr. trasversali e superiore a creste deboli. La inferiore ha rapporti di vicinanza, analogia di superfice e forma di lume, coll'imene e si può considerare, per più elementi, continuata nel canale vulvare. È possibile un adattamento delle creste, di rimpetto, solo parzialmente in alto a livello delle colonne anteriore e posteriore che nel rimanente, giacciono di lato, corrispondentemente alla torsione generale dei ge-

nitali, confermata nella disposizione a spirale (da sinistra a destra) delle creste laterali.

Sono erroneamente ammessi dei setti trasversali normali nella vagina di animali (pecora, delfino, ecc.) per lo scambio fatto tra cavità cervicale, oppure intermedia a vagina e utero, e la vagina.

La ricerca istologica dei setti naturali spiega (processi infiammatorii, e di cicatrizzazione, complessi, formazione di cavità, ecc., per influenze traumatiche inevitabili) la possibilità della formazione di atresie in caso di stenosi e viceversa. La stessa ricerca in vagine fetali, dimostra come l'origine congenita dei sepimenti membranosi sia riferibile al periodo fetale dello sviluppo vaginale, principalmente a quella fase che può denominarsi di « atresia fisiologica, o di Ercolani » (confermando rapporti intraveduti da tempo). All'arresto di sviluppo embrionale, o dei tubi di Müller, contrasta la estensione limitata dei sepimenti, la sede coi fori variabile e multipla, insieme coi segni di parete normale stirata. Anche l'atresia membranosa della vagina doppia ha lo stesso significato di quella della vagina unica. I setti longitudinali differiscono dai trasversali, oltrechè per l'origine accertata nel periodo embrionale, per l'atteggiamento a membrana, permanente anche fuori della distensione (con figura a doppio H del lume vaginale) e che è solo virtuale nel caso di setti trasversi.

La probabilità dei rapporti di questi ultimi con l'atresia fisiologica, è apprezzabile anche nella fase finale del distacco (raggiunto con alterazioni meno accentuate delle cellule centrali, che dei loro mezzi di unione), a livello delle insenature dove il distacco è più lento, nel senso della produzione di stenosi. Può esser messo in questione anche l'intervento di agenti infettivi (così frequenti nei restringimenti della vita estrauterina) trasmessi nella vita fetale, che può condurre a processi cicatriziali. In ogni caso l'esistenza, discussa, di setti congeniti è affermata da osservazioni di atresie genitali membranose delle neonate.

Riproducendo le condizioni di un sepimento naturale disteso, in un setto sperimentale, risulta che tutti gli elementi della parete (eccetto la zona esterna che non è introflessa nel sepimento), compresi i fasci muscolari e vasi, subiscono spostamenti verso il tratto di aderenza. Però allo stiramento cedono nella maggiore misura l'epitelio e il connettivo sottostante, costituenti perciò da soli (senza importanti elementi vascolari) il tessuto dei sepimenti più sottili. Bastano aderenze

molto limitate per dare luogo colla distensione ai setti vaginali, pei quali anche nei casi congeniti, è più conveniente il nome di « aderenze vaginali. »

La diagnosi dei setti, in ostetricia, deve essere informata alla cognizione delle influenze reciproche dei sepimenti e della gravidanza, del parto e puerperio. Nelle atresie membranose giova assicurare l'indipendenza del fondo cieco dall'utero; nei setti pervii la sonda o il dito, e in tutti i casi è da praticare l'esame dei genitali esterni. La diagnosi di sede è possibile solo con approssimazione. L'assenza o la presenza di cicatrici sono insufficenti ad ammettere o ad escludere l'origine avanti o dopo la nascita.

La distinzione di setti congeniti e acquisiti stabilita col criterio delle cicatrici, non ha più ragione di essere mantenuta.

Per influenza del travaglio si provoca quasi di regola l'apertura del setto: si può, a questo proposito, considerare il setto dominato da un sistema, continuo col fondo uterino, di forze, di azione analoga a qnella che ha per risultato la scomparsa del collo. Tali forze possono immaginarsi disposte lungo le pareti sovrastanti al livello della aderenza e scomponibili in verticali (equilibrate dalla resistenza dell'uovo), e in altre orizzontali più utili, tanto meglio prevalenti, quanto meno verticalmente situata la parete. Questo stesso meccanismo (considerato, per semplicità, come ristretto all'azione delle fibre muscolari), spiega la rottura spontanea del setto e la successiva scomparsa (quando mancano cicatrici apprezzabili). Le sue condizioni sono essenzialmente più favorevoli che nel caso di azioni artificiali dirette dalla vulva, a distendere il setto (meccanismo di distensione passiva, fissato dalla resistenza delle branche ischiopubiche). Le recidive, nei setti cicatriziali si osservano nelle prime settimane.

La disposizione dei setti è analoga a quella di piani inclinati paralleli all'imene. Il setto può accompagnare la testa all'uscita, invadendo i limiti del canale vulvare, mentre il conflitto che nasce tra il segmento posteriore del perineo ed il setto può terminare all'arresto del parto con mancata rotazione. Nel detto canale i setti bassolocati, limitano i movimenti di progresso e di estensione. In un caso di imene atresico il liquido amniotico anteriore ha potuto dimostrare coi fenomeni plastici della testa, un'influenza in grande parte analoga a quella di setti altolocati.

La prognosi è meno favorevole, specialmente per il feto, di quanto è generalmente ammesso: la possibilità di decorso spontaneo del parto è assai lungi dal costituire la regola (1|3 circa dei casi), comprendendo tra i setti membranosi tutti i casi suscettibili di distendersi a membrana nel parto. Anche setti incompleti possono essere causa di distocia.

In una serie di casi compresi tra i cosidetti congeniti degli autori, nei quali parrebbe indicato il colpeurynter, la rottura del setto e l'espulsione sono spontanee senza pericolo per madre e feto. In questi come nei gradi medii (con scarse cicatrici, aderenze più estese) è indifferente che il setto sia perforato o no al principio del travaglio. Nei casi ultimi accennati l'indicazione frequentissima all'intervento, è offerta nel decorso del parto e i migliori esiti sono attribuiti alle incisioni e al forcipe (con quest'ultimo la mortalità fetale è minore). L'uso della leva non è indicato. Le incisioni (cosidette profilattiche) in gravidanza non hanno valore: sono invece da riservare a scopo diagnostico nei casi di vizio pelvico complicante in primipare e nei gradi medii. Non sono indicati, fuori del trattamento descritto e di eventuali estrazioni manuali, nè il parto prematuro artificiale, nè gli interventi demolitori sul feto, che praticati (questi ultimi) in gradi maggiori di restringimento vaginale (cicatrizzazione estesa, complicazioni frequenti con vizi pelvici in pluripare), segnano una prognosi materna assai più grave di quella dell'operazione Porro.

ERRATA-CORRIGE.

Fascicolo N. 4, Aprile 1897, pagina 312 — riga 26.ª
NACH DOHRN — leggi: Nach DOHRN

Fascicolo N. 6, Giugno 1897, pagina 471 — riga 22.ª
uretra e perineo, — leggi: *uretra e vescica,*

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

Tavola I. — *Fig. 1.ª* Taglio antero-posteriore di pelvi di feto settimestre (p. 313). — *Fig. 2.ª* Figura dimostrativa per la legge dell'angolo di inclinazione vaginale, quando l'asse vaginale non raggiunge il parallelismo col piano dello stretto superiore (*A B* è la linea coccipubica prolungata, fino all'incontro della coniugata, pure prolungata; *A A* è l'asse della vagina, con l'angolo di inclinazione in *A;* l'asse prolungato, incontra la coniugata in *x*. *PB* è la parallela all'asse vaginale, che divide l'angolo degli stretti). — *Fig. 3.ª* Idem, quando l'asse vaginale sorpassa il parallelismo (p. 327). — *Fig. 4.ª* Sezioni trasverse del lume genitale, dall'imene al corpo dell'utero (i punti stellati rappresentano l'uretra). — *Fig. 5.ª* Id. (sono rappresentati i fornici). — *Fig. 6.ª* Id. (due sezioni: vagina e utero). — *Fig. 7.ª* Id. (vagina). — *Fig. 8.ª* Id. — *Fig. 10.ª* Id. (vagina). — *Fig. 11.ª* Sezione longitud. dei genitali infantili. — *Fig. 12.ª* Sezioni trasverse della vagina di neonata a termine (riescono evidenti l'*H* rovesciato di lato nella sezione del tratto inferiore, la *X* intermedia, e l'*H* di Henle in alto). — *Fig. 6.ª bis.* Preparazione dei genitali per la dimostrazione degli elementi colonnari e delle creste (pag. 463-467).

Tavola II. — Projezione vagino-pelvica in due soggetti viventi *A* e *B* (pag. 450) (la linea tratteggiata indica la projezione in posizione eretta, la linea a crocette quella dorsale, la linea piena corrisponde al decubito laterale sinistro in *A* e a quello destro in *B*, finalmente la linea punteggiata, indica la posizione genupettorale in *B*).

Tavola III. — *Fig. 1.ª* Tagli trasversali di vagina fetale nello stadio di atresia fisiologica (p. 468). — *Fig. 2.ª* Alterazioni cellulari nel periodo del distacco (pag. 520). — *Fig. 3.ª* Cellule centrali a livello di una sporgenza colonnare (ibid.). — *Fig. 4.ª* Sezione del setto del caso clinico N. 25, a livello di un nocciuolo epitelliale (vi compare lo strato profondo dell'epitellio e il connettivo basale) (p. 526). — *Fig. 5.ª* Sezioni longitudinali del setto sperimentale (pag. 532). — *Fig. 6.ª* Scomposizione delle forze operanti nel setto in distensione durante il travaglio (*x* è la linea di adesione delle pareti nel sepimento, *A B* la forza originaria [dall'utero] *A C* la componente in conflitto colla resistenza dell'uovo, *A D* la componente trasversale, utile).

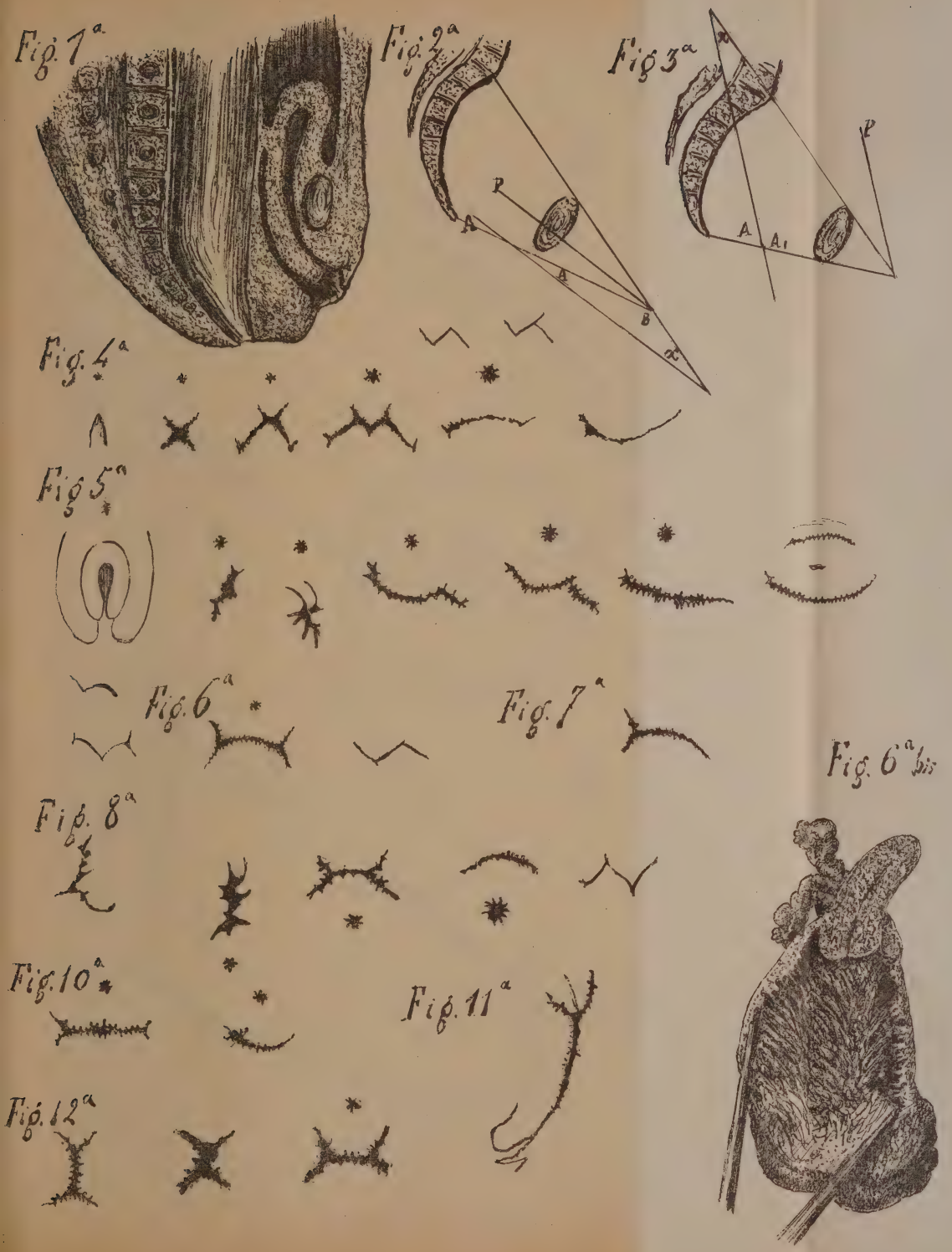
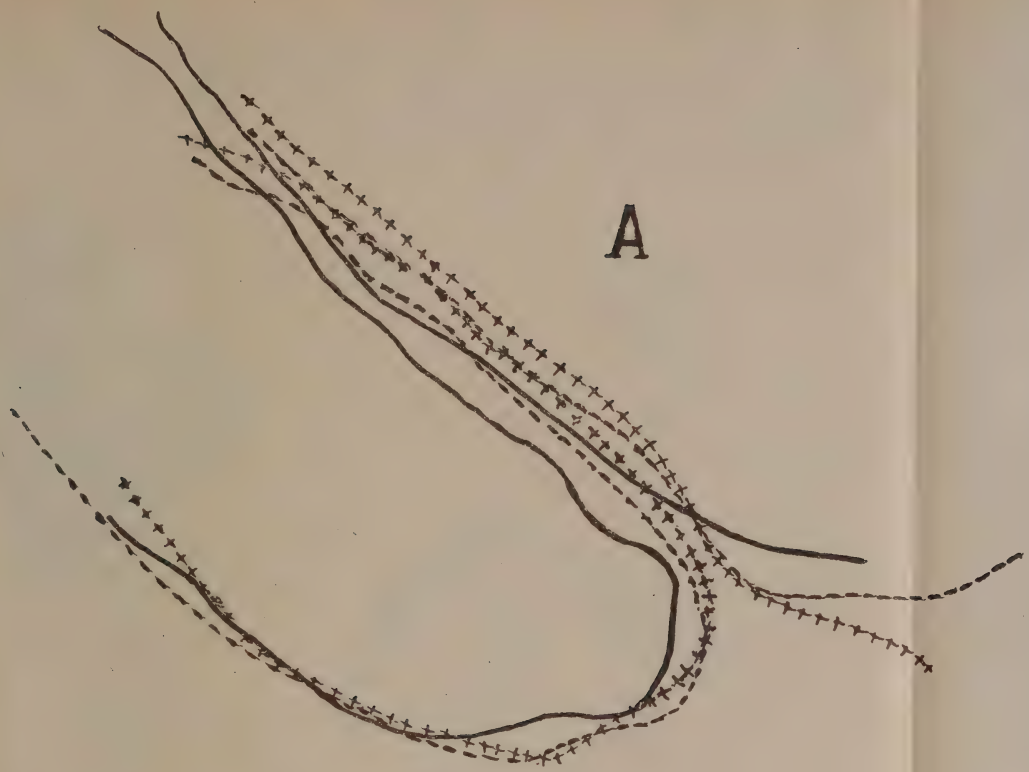
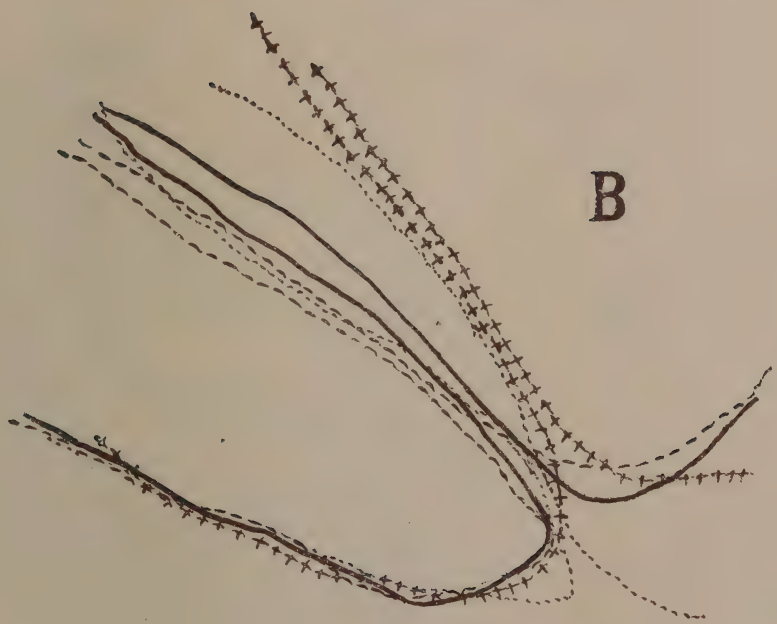


Fig. 1ª
Fig. 2ª
Fig. 3ª
Fig. 4ª
Fig. 5ª
Fig. 6ª
Fig. 7ª
Fig. 6ª bis
Fig. 8ª
Fig. 10ª
Fig. 11ª
Fig. 12ª

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
10 JAN 98
LIBRARY


A


B

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
10 MAY 98

Fig. 1ª

Fig. 2ª

Fig. 3ª

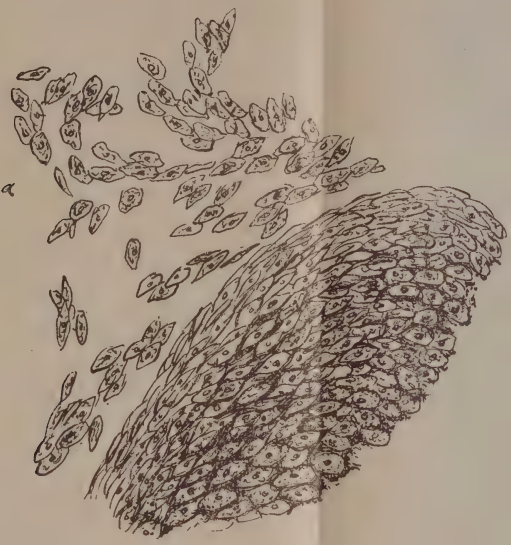
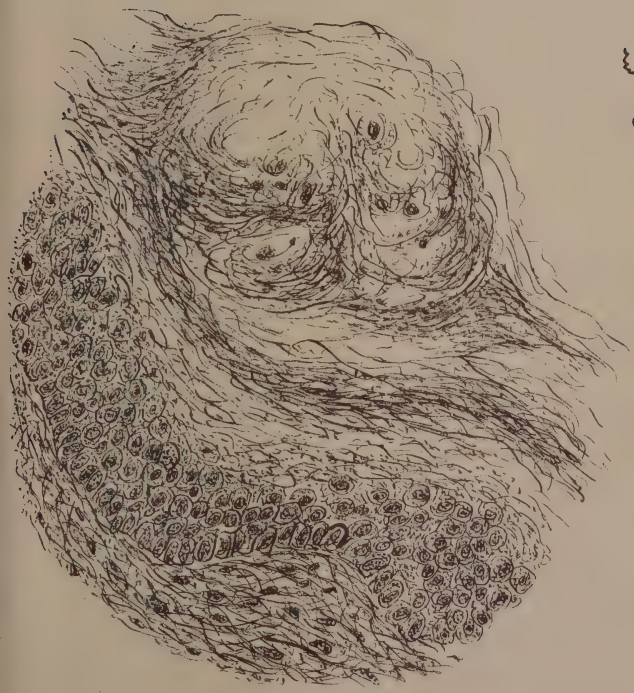


Fig 4ª



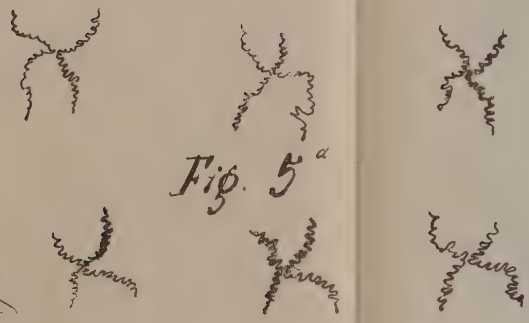
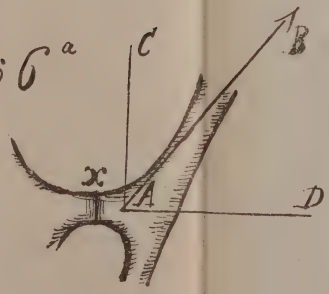


Fig. 5ª

Fig 6ª



ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
10 JAN 98

Dott. FRANCESCO VILLA

SU DUE CASI DI ISTERECTOMIA VAGINALE

ROTTURA DI PINZE — TACHICARDIA

Dopo l'ampia esperienza oramai esaurita al proposito, poco rimane del cumulo di obbiezioni e di accuse state sollevate contro la forcipressura nella isterectomia vaginale; imperocchè mentre da una parte bene si conoscono i momenti in cui possono verificarsi gli errori della tecnica, e perciò questi sono facilmente evitabili, è d'altra parte anche generalmente ammesso che alcuni accidenti successivi all' operazione non devono reputarsi conseguenza diretta della permanenza delle pinze nella pelvi, ma vogliono invece essere riconosciuti pure possibili nel processo delle legature come dipendenti dalle manovre richieste all'uopo di liberare il viscere dalle aderenze, e dipendenti altresì dalle alterazioni anatomiche delle parti attigue e contigue al campo operativo. Si riesce poi ad ottenere la chiusura della cavità peritoneale eziandio usando i klemmer.

Rimane per altro qualche obbiezione, per verità non lieve, avvegnachè specialmente nei rispetti del punto cardinale dell'atto operativo (l'emostasia) sono da avvertire fatti meritevoli della massima attenzione, risolventesi in sostanza in ciò: che se l' emostasi è per regola bene assicurata dalle pinze, tuttavia non sono estremamente rare le eccezioni potendo verificarsi emorragie gravi, gravissime, difficili ed anche pericolose da arrestare e talora letali, sia quando i detti strumenti si trovano ancora in sito, sia all'atto del rimuoverli.

Anche nel corso dell' intervento operatorio è possibile — a detta degli stessi fautori del metodo — l' insorgere di emorragia causata da lacerazione di porzione del legamento largo, e se allora la portata dell'accidente è in genere lieve, giacchè per lo più si limita ad un semplice perditempo, riuscendo più o meno facilmente riparabile mediante

l'applicazione di altri klemmer, tuttavia ben può avvenire che la perdita di sangue si renda manifesta solo quando, finita l'operazione si raccolgono le pinze in un fascio od anche più tardi quando la paziente fu già portata a letto. Una pinza posta su d'una porzione di legamento può eventualmente, e talvolta deve necessariamente, durante l'atto operativo subire degli stiramenti, per effetto dei quali i tessuti afferrati finiscono col lacerarsi senza che lo strumento lasci la presa. Se l'emorragia si presenta subito, allora è facilmente dominata, ma se invece avviene che i bordi della lacerazione siano tenuti strettamente a mutuo contatto dalla trazione che le pinze esercitano verso il basso durante l'intervento, allora lo scolo sanguigno occorre quando lo zaffamento vaginale e la medicazione occlusiva che si applica attorno agli strumenti fanno cessare la detta trazione. In questo caso la paziente può perdere molto sangue prima che, rimessa sul tavolo d'operazione e tolti medicazione e grumi, si riesca ad afferrare la porzione di legamento sanguinante.

Un'emorragia da lacerazione del legamento largo, ma senza che si facciano trazioni inopportune sulle pinze, può avvenire in causa del modo col quale queste furono collocate. Il pericolo inerente ad una speciale difettosa modalità d'applicazione è stato rilevato già da parecchi anni, ma siccome talvolta questa adesca perchè rende più spiccio il mettere il klemmer sulla parte più alta del legamento largo, così a ragione L. e Th. Landau nella loro classica monografia (1) credettero utile l'insistere su questo punto della tecnica ed illustrare con figure il meccanismo col quale la lacerazione può effettuarsi. Quella porzione di legamento che è stretta fra due pinze delle quali l'una sia stata messa dal basso all'alto e l'altra dall'alto al basso, deve necessariamente subire, nel tratto che è vicino all'estremità dei morsi, un movimento di torsione nel momento in cui le pinze vengono collocate parallelamente; e tale torsione può causare una lacerazione da cui l'emorragia.

Il primo di questi accidenti è più proprio del metodo della scuola di Péan e delle isterectomie più laboriose che con tale processo vengono eseguite, il secondo può verificarsi anche nei casi semplici e

---

(1) Prof. dott. Leopold Landau con dott. Th. Landau. « Die vaginale radicaloperation. » Berlin, 1896.

qualunque sia il metodo che si addotta, quantunque concorrano potentemente a produrlo speciali condizioni anatomo-patologiche del legamento largo — ad esempio rigidità da retrazione, stato varicoso — infrequenti nei casi non complicati, ed in conclusione ambedue sono riferibili al tecnicismo e non all' uso corretto delle pinze.

Guai seri si ponno verificare per causa esclusiva di tali strumenti, e qui per vero necessita distinguere quelli che la prudenza può evitare colla scelta accurata dei klemmer, da quello — è uno solo — che sgraziatamente non può essere previsto. « Nulla può nuocere alla riuscita dell'operazione ed alla salute della paziente più di un armamentario difettoso; » e pertanto le emorragie dovute a ciò che le pinze stante la difettosa loro costruzione od il lungo loro uso, o lasciano parzialmente la presa permettendo ad una parte dei tessuti afferrati di sfuggire dai morsi, o facilmente si disarticolano sono da ascriversi a colpa dell'operatore, nè sembrami che la cura di assicurare la costante costrizione degli strumenti mediante robusti fili allacciati strettamente in corrispondenza della *cremaillère,* possa ritenersi sufficiente a giustificare l' uso di pinze che presentano difetti.

Pericolo non prevedibile ad onta dell'esame più accurato e di prova ripetuta è quello che avvenga la rottura dei klemmer. Pichevin (1), riferì il caso di una pinza che si spezzò a livello della sua articolazione poche ore dopo l' atto operativo e la donna morì prima che si avesse avuto il tempo di intervenire, ma ad altri (2), ed a me due volte, accadde simile accidente ma senza conseguenze pregiudicevoli di sorta; e poichè in ambo i casi occorsomi ho potuto accertare il *momento preciso* in cui avvenne la rottura del klemmer, il che non fu dato agli altri operatori, così credo non inutile esporne la storia clinica di entrambi, mentre quanto al primo apparve evidente l' importanza della funzione dello strumento spezzatosi, e quanto al secondo il decorso post-operatorio risultò interessante da un diverso punto di vista, perchè complicato da tachicardia essenziale.

---

(1) Pichevin. « Hystérectomie vaginale et hémorragies. » *Gazette médicale de Paris*, 1895, N. 11.

(2) Il prof. Mangiagalli mi comunicò che un caso gli era occorso quando dirigeva il Comparto ginecologico dell' Ospedale Maggiore di Milano e che al dott. I. Clivio era capitato lo stesso accidente: non era stato possibile lo stabilire il momento nel quale la pinza si era spezzata. Ricerche estese non mi hanno dato di raccogliere altri casi pubblicati.

I.

Martinoli Teresa, pluripara, trentenne, di Bedero (Val Cuvia), dopo aver sofferto per lunghi mesi di metrorragie alternate a leucorrea copiosa, dipendenti da metrite e salpingite bilaterale curate con vantaggio dal dottor Paolo Maggi col metodo di Walton, era stata nella primavera del 1895 presso l'Ospedale Maggiore di Milano, sottoposta all'amputazione della porzione vaginale del collo uterino ed a trattamento locale solvente. Il notevole miglioramento ottenuto durò ben poco, perchè nell'estate dello stesso anno la donna era assolutamente invalida, non riuscendole più possibile neppure l'attendere alle poche faccende domestiche, in causa del grave senso di peso ai lombi ed al basso ventre ed agli stiramenti dolorosi irradiantisi ai fianchi ed alle coscie. Riscontravo allora che l'utero voluminoso come per gravidanza nel 3.° mese, era pochissimo mobile e che bilateralmente apparivano spiccati gli esiti del processo bilaterale delle trombe in due cordoni grossi quanto un dito, e poichè mi persuadevo che le sofferenze e l'impotenza erano reali, proponevo l'intervento radicale per *vaginam*.

Li 2 Settembre coll'assistenza dei colleghi dottor Paolo Maggi e dottor Basilio Bonardi, essendo la cloronarcosi fatta dal dottor Contegni Marcello e dal dottor Ciceri, medici condotti di Cunardo e di Marchirolo, praticai in Bedero la castrazione utero-ovarica colla forcipressura. L'operazione fu compiuta in circa 20 minuti senza il minimo accidente, e restarono in posto due pinze sul legamento largo di destra e quattro pinze su quello di sinistra. L'utero era veramente gigantesco senza contenere nel suo spessore nodi fibrosi; le trombe, il di cui lume era quasi capillare, avevano pareti enormemente ispessite, e le ovaie presentavano degenerazione microcistica.

Rividi l'operata due ore e sei ore dopo l'intervento, mi accertai della mancanza assoluta di perdita sanguigna e del regolare funzionamento del catetere vescicale, e praticai un'iniezione di morfina per combattere la viva inquietudine. A sera tarda e precisamente 12 ore dopo il momento in cui l'operazione era stata cominciata, la donna durante un conato di vomito avvertì una brusca scossa nel ventre. Un colpo secco come di rottura fu percepito e dalla paziente e da chi l'assisteva, e destò vivo allarme, onde mi si fece chiamare. Accorsi tosto ma non trovai nè emorragia, nè alcun sintomo inquietante.

Nella giornata successiva il vomito andò cessando, il polso e la temperatura nulla lasciarono a desiderare e solo trovai che il lenzuolo al disotto del fascio delle pinze era imbrattato da un po' di sierosità sanguinolenta.

Cinquantadue ore dopo l'atto operativo mi accinsi a togliere i

klemmer. Nel levare la garza che li avvolgeva, la metà anulare di uno d'essi si staccò dal mazzo, e poichè una lista speciale di garza separava gli strumenti posti da un lato da quelli che stavano dall'altro, potei cerziorarmi che si era rotta la pinza la quale stringeva i 2[3 inferiori del legamento largo di destra — quindi assicurava l'emostasi della uterina corrispondente — sul quale avevo come già dissi posto due soli klemmer: uno lungo e robusto alla base ed uno a morso più breve e meno potente sul resto. Era avvenuta la rottura della branca femmina in corrispondenza del foro articolare. Nessun accidente venne a complicare il decorso post-operatorio, tanto che in dodicesima giornata la donna lasciò il letto. Ai primi del successivo Settembre la incontrai mentre scendeva dalla montagna con un pesante carico sulle spalle, ed in questi giorni seppi che di poi attese sempre, come attende ai lavori più faticosi.

In conclusione 11 ore e 3[4 di costrizione bastarono ad assicurare l'emostasi dell'arteria uterina in un caso in cui l'utero ipertrofico era fornito di vasi cospicui.

II.

La signora E. D., di Milano, d'anni 27, pluripara, già curata tre anni or sono per metrite, mi venne presentata dall'egregio dott. Enrico Villa, perchè i disturbi antichi si erano da qualche mese riaccentuati. Trovai: utero voluminoso nel corpo e nel collo, mobile; annessi normali, leucorrea copiosa, giallognola; ma la mia attenzione fu specialmente attirata da un piccolo bitorzolo del volume di un grano di melica situato in corrispondenza della commissura destra del muso di tinca. Esportai tale piccola tumescenza e col cucchiaio abrasi alcuni frustoli della mucosa del collo e del corpo uterino, consegnai i pezzi all'amico dottor Remo Segrè, per l'esame istologico. Al microscopio il bitorzolo apparve di struttura nettamente cancerigna (carcinoma a cellule cilindriche), ed i lembi di mucosa della cavità mostrarono un'alterazione affatto benigna.

Accettato senza discussione l'operazione radicale, questa venne da me eseguita il 13 Marzo, corrente anno 1897, coll'assistenza dei colleghi Enrico Villa, Angelo Manzoni, Baldo Rossi, Virginio Nulli, ai quali manifesto qui la mia gratitudine; facendo precedere ripetute causticazioni e disinfezioni intese anche a mettermi al coperto da innesti operatorii.

Dovetti applicare numerosi klemmer in causa sia della vascolarizzazione ragguardevole, tanto che anche due pinze furono richieste dalle vaginali, che dell'allungamento ipertrofico della porzione sopravaginale del collo. Sui legamenti rimasero 9 pinze e poichè in ogni

momento mi valsi dei divaricatori riuscì evidente che nessuna di quelle era superflua. Non feci la sutura del peritoneo ma applicai delle striscie di garza jodoformica.

Noto espressamente che la perdita di sangue fu trascurabile, che l'atto operativo durò 20 minuti circa, che la narcosi fu regolarissima.

Il risveglio fu pronto ed accompagnato da conati di vomito, ed il polso allora contava 90 battute. A sera, apiressia, vomito insistente, polso frequente 104-106 ma valido, orine chiare e copiose, nessuna traccia di emorragia. Nella notte e precisamente 13 ore e 1|2 dall'operazione fu avvertito dalla signora e dalla levatrice che la vegliava un colpo secco che sembrava partito dalle pinze, ed al mattino trovai apiressia, persistenza del vomito, sete vivissima, polso 115-116 e vidi sul lenzuolo una macchia siero-sanguigna larga assai meno d'un palmo, in corrispondenza della parte bassa della medicazione occlusiva posta ai genitali. Ivi il cotone era semplicemente inumidito ma non inzuppato.

Nella giornata, la seconda, il vomito non tendè punto a scemare, in causa dell'indocilità della paziente e della debolezzza di chi l'assisteva e concedeva bevande, il polso si fece più frequente arrivando a 125 ed anche a 130 — ben inteso a distanza dei conati di vomito, — ma la temperatura non superò i 37°. Il ventre era basso, indolente ed il volto perfettamente composto. La morfina, la caffeina e la stricnina amministrate per via ipodermica non influirono sul polso, che nelle prime ore della terza giornata salì a 135-140 battute, mentre il termometro segnò 36. 8 e l'esame delle orine riuscì negativo sia per l'albumina che per l'iodio. L'ipodermoclisi ed il piccolo clistere ripetuti calmarono la sete e la signora divenuta alla fine persuasa della necessità di lasciare lo stomaco in riposo assoluto si liberò del vomito, ma il polso continuò a farsi sempre più frequente, tanto che cinquant'ore dopo l'operazione al momento di togliere le pinze, nè io nè i colleghi E. Villa e Manzoni, che erano presenti riuscimmo a contarne esattamente i battiti. Non senza nostra sorpresa trovammo che la branca maschio di una robusta *longuette* si era spezzata a distanza quasi eguale dall'articolazione e dall'anello. Non vi erano grumi sanguigni. A sera il polso ritornò a circa 130, nel giorno successivo contai ancora 118 battute e fu solo in sesta giornata che si arrivò a 100 per poi scendere alla frequenza normale verso il nono giorno. Non vi fu mai il minimo rialzo termico o perdita sanguigna.

La pinza spezzatasi stava a destra assieme a tre altre: certamente non stringeva la parte più bassa del legamento largo, ma poichè dopo l'applicazione fatta da questo lato di tre klemmer in scala su tutta l'altezza del legamento, e dopo la separazione dell'utero da esso, durante le manovre a sinistra era improvvisamente apparso a destra un forte getto di sangue, che era stato prontamente arrestato mediante

una quarta pinza, così, poichè come ripeto lo sviluppo vasale era cospicuo, non credo che la mancata emorragia debba semplicemente spiegarsi ammettendo che lo strumento rottosi fosse superfluo.

Il decorso post-operatorio, perfetto dal lato chirurgico, offrì come complicanza eccezionale la tachicardia.

Dopo che il prof. Mangiagalli attirò l'attenzione sulla tachicardia post-laparotomica (1), fu dal prof. Negri fatto eccitamento a far conoscere quei casi che fossero occorsi o che occorressero, « onde divenendo il materiale più abbondante e meglio studiato nei suoi dettagli si possa trovare l'interpretazione del fatto, specie nei suoi fattori causali » (2), per il che, obbedendo all'invito, apro una breve parentesi e completo il mio piccolo contributo di casuistica.

Noto innanzi tutto che, come già appare dalla breve storia clinica, la mia osservazione non merita a tutto rigore il nome di tachicardia parossistica, sebbene vi sia stato un'acme nella transitoria perturbazione cardiaca.

Il prof. Mangiagalli fra i possibili fattori genetici del fenomeno in discorso ne indicò sei come specialmente importanti, ma per due fece notare come non potrebbero « invocarsi che a spiegare perturbazioni circolatorie per lo più transitorie. » Gli altri sarebbero:

1.° Le svariate influenze che sulla psiche d'un'operanda ponno esercitarsi dall'attesa di una grave operazione.

2.° L'azione degli antisettici sulla sierosa peritoneale.

3.° Quel complesso di azioni meccaniche che possono agire localmente e ripercotersi molto lontano che si designa col nome di traumatismo operatorio.

4.° La strettura del peduncolo ed in genere tutte le legature che possono comprendere filetti nervosi.

Discutendo questi fattori, in rapporto alle sue osservazioni, il prof. Mangiagalli li escluse per la maggior parte e si arrestò sull'influenza degli antisettici, che nel secondo dei suoi casi sarebbe stata coadiuvata dalla perturbazione delle funzioni psichiche da cui la donna

---

(1) Mangiagalli. « Due casi di tachicardia consecutiva ad operazioni laparotomiche. » *Annali di Ostetricia, ecc.*, Ottobre 1892.

(2) P. Negri. « Tachicardia post-laparotomica. » *Annali di Ostetricia, ecc.*, 1893, pag. 480.

fu colpita dopo l'atto operativo, mentre il Negri non avendo messo alcun antisettico a contatto del peritoneo concluse che « la mancanza di ogni causa apparente fa piegare la mente ad un fattore puramente nervoso, il cui punto di partenza in alcuni casi ci sfugge, » ed ammise che lo stato abnorme del sistema nervoso della operata — battezzata già per istero-epilettica, — doveva nel suo secondo caso aver avuto grande influenza, senza per altro poter dire quale fosse stato il momento determinante.

La mia paziente si sottopose calma e fiduciosa all'atto operativo, del quale ignorava l'importanza, giacchè le era stato dato a credere, e realmente aveva creduto che si dovesse far qualche cosa di poco più importante di quanto era stato fatto a scopo diagnostico. Breve fu la narcosi e regolarissima, il risveglio fu pronto e lo spirito non apparve mai turbato.

Piccola fu l'apertura del peritoneo e la porzione di questo che ebbe contatto con agenti esterni; una spugna bollita in acqua salata fu messa in posto non appena che il peritoneo del Douglas venne inciso, dopo di che mi servii per l'irrigazione del campo operativo di poca quantità di soluzione di sublimato corrosivo al titolo 1 0[00, abbondantemente allungata con acqua bollita.

La garza jodoformica per la massima parte rimase in posto anche dopo l'ablazione delle pinze ed anzi la striscia che era stata collocata a contatto col peritoneo venne tolta in 8.ª giornata. Ripeto che non fuvvi reazione jodica delle orine e concludo che non si può parlare di esteso contatto di antisettici col peritoneo.

Neppure parmi che si possa invocare il traumatismo operatorio, perchè se l'operazione non fu delle più semplici, specie in causa dell'allungamento della porzione sopravaginale del collo, le difficoltà ed il traumatismo furono extraperitoneali.

Al pari del Negri, il quale attribuì grande influenza allo squilibrio preesistente del sistema nervoso d'una delle sue operate, io credo che nella mia osservazione non debbansi trascurare e la circostanza che già antecedentemente senza causa apparente almeno una volta era stata constatata in modo indubbio un'eccezionale e transitoria frequenza del polso, e la condizione di nervosismo di cui si ebbero prove spiccate prima e dopo l'operazione. Ho lasciato espressamente un ovaio ed è mancato tutto quanto potrebbe riferirsi a *molimen* menstruale od al-

l'anticipata menopausa, ma la condizione nevrotica è sensibilmente peggiorata ora che sono trascorsi quattro mesi. Il terreno era preparato, ma quale lo stimolo e la via che condussero al turbamento della funzione cardiaca?

Se la strettura di peduncolo ed in genere tutte le legature che comprendono filetti nervosi potessero essere veri momenti eziologici della tachicardia, questa dovrebbe essere specialmente frequente dopo l'isterectomia in cui si hanno parecchi peduncoli, mentre invece la complicazione in discorso non è che rarissima.

Tuttavia la circostanza che l'acme della tachicardia fu osservato 50 ore dopo l'operazione, al momento in cui furono tolte le pinze, quando il vomito era del tutto scomparso, e dal lato della temperatura e delle orine nulla si osservava di anormale, renderebbe propensi ad attribuire valore eziogenetico alla presenza dei klemmer, cioè al loro effetto di compressione; e poichè si deve ritenere per certo che il regolare funzionamento di tali strumenti non esercita alcun influsso, così può sorgere il dubbio che l'accidente occorso (rottura di pinza) e la conseguente strettura incompleta di tutti gli elementi istologici contenuti nel singolo peduncolo, possano essere riguardati quali causa della perturbata azione cardiaca. La incompleta compressione, non capace di produrre la morte dei tessuti afferrati, ha causato un'eccitazione dei filetti nervosi donde l'origine del fenomeno cardiaco che sarebbe quindi stato d'indole puramente riflessa?

***

Ma ritornando alla rottura delle pinze, esaminando numerose statistiche comprendenti qualche migliaio di operazioni, non ho trovato che un sol caso sgraziato pel quale Pichevin dice unicamente che l'accidente avvenne *poche ore* dopo l'operazione e che la donna morì prima che si avesse il tempo di intervenire, mentre le mie osservazioni provano che da 12 a 13 ore di pressione esercitata dai klemmer bastano ad assicurare l'emostasi.

Certamente non mi azzarderei a seguire la pratica che da questa prova si potrebbe inaugurare, ma per altro da essa traggo il convincimento che gli strumenti possono essere rimossi assai prima di quanto generalmente si suole.

Nei primi tempi in cui si usava la forcipressura le pinze restavano in posto anche più di 60 ore, ed attualmente dai più se ne lasciano passare 50 circa, mentre non mancano quelli che ne trovano sufficienti 30, ed i Landau intervengono dopo sole 22-24 ore se i klemmer furono collocati senza torcere il legamento largo, ritardando in questo caso di 4-5 ore. La statistica di questi ginecologi tedeschi ricca di oltre 350 casi senza emorragia al momento della sollecita ablazione degli strumenti emostatici, è una splendida prova in favore di questa pratica, ma poichè essa si scosta di molto da quella che fa regola per scuola parigina, che in fatto di isterectomia vaginale gode della più alta autorità, così ne viene che pochi la seguano, trattenendosi i più dall'attuarla per timore di emorragie. Tale preoccupazione divisi io pure, ma di poichè il caso mi fornì due volte la dimostrazione di quanto è necessario e di ciò che è superfluo, seguii senza tema l'esempio dei Landau e non ebbi a pentirmene.

Insisto su questo punto perchè sono convinto che la precoce rimozione delle pinze può essere non raramente utile e talvolta perfino necessaria. I dolori vivi che si hanno in taluni casi, il timore che essendo le parti profondamente alterate si producano escare da compressione, la certezza od il dubbio fondato d'aver afferrato un uretere, sarebbero le circostanze nelle quali siffatta pratica troverebbe indicazione speciale.

***

Talvolta, e questo è un altro appunto che si fa alla forcipressura, insorse emorragia al togliere delle pinze e l'operata corse grave pericolo od anche morì ad onta che i vasi beanti fossero stati tosto afferrati. Questo accidente fu raro, chè riunendo ad esempio le statistiche di Péan, Richelot, Segond, Doyen, Poncil, Landau, Sänger, si arriva appena ad una procentuale del 3 0|00, e poi non sempre fu grave, e raramente la ripresa delle arterie offrì quelle difficoltà che da alcuni si dissero quasi costanti.

Quale la causa di siffatte emorragie?

La troppo breve durata d'azione dei klemmer non ne fu la determinante, giacchè l'accidente occorse anche in casi in cui le pinze furono levate dopo 60 e perfino 70 ore, e però l'emorragia devesi attribuire

ad altre circostanze eziogenetiche, le quali, a mio avviso, potrebbero essere le seguenti, vale a dire

1.° che la forcipressura non sia stata sufficientemente valida:

a) per debolezza delle pinze,

b) per l'afferramento di un troppo forte spessore di tessuti;

2.° che le pareti vasali siano alterate.

L'effetto di un klemmer potente, sulle pareti vasali, non può essere diverso da quello prodotto dal filo serrato strettamente, e cioè in ambo i casi si deve avere la sezione delle tonache interna e media delle arterie e la loro retrazione verso l'alto, cospirante al duplice intento dell'auto-chiusura parziale del lume e della facilitazione del trombo. Ora se la forcipressura non è sufficientemente valida, o perchè le pinze sono deboli o perchè il notevole spessore dei tessuti compresi fa da cuscino alle pareti dei vasi, allora è naturale che manchi la sezione delle tonache anzidette e difetti quindi un validissimo efficiente di emostasi definitiva. Le ragionevolezza di questa opinione sembrami se non dimostrata, almeno potentemente suffragata dal fatto che le emorragie in discorso furono più frequenti allorchè si usavano i klemmer a morso molto lungo e si abbracciava con uno d'essi o tutto o la massima parte del legamento largo, di quello che non lo siano ora che si adoperano quasi esclusivamente strumenti a morso breve, coll'effetto di una costrizione potentissima. Le pinze di Doyen, pur avendo morso lungo, in causa della loro speciale costruzione agiscono certamente al pari del laccio di seta.

La seconda ipotesi mi viene suggerita dalla doppia considerazione che per lo più l'emorragia si manifestò in soggetti attempati, ateromatosi, e che del resto l'arteriosclerosi del distretto uterino è spesso indipendente, cioè è affatto sproporzionatamente più avanzata che non nel resto dell'albero arterioso.

È noto che l'ateromasia costituisce una complicazione non trascurabile degli atti operativi di una certa importanza, perchè facili sono le emorragie, onde Baumgarten suggerì di ricorrere all'applicazione di una doppia legatura, per cui trasportando siffatta cognizione dal campo della chirurgia generale in quello della ginecologia, sembrami giusto l'attribuire una non trascurabile considerazione allo stato delle pareti arteriose ed il ritenere che a questo sia da ascriversi taluna delle emorragie in discorso.

Dunque da una parte difetto dei klemmer o loro non appropriata applicazione, dall'altra condizione morbosa dei vasi; evitabili le prime cause, quasi imprevedibile la terza.

***

Il metodo di Doyen, che Sänger (1) dice il progresso più grande fatto in questi ultimi anni dalla tecnica dell'isterectomia, rende oziosa la discussione, che si fece fino a poco fa e che da alcuni si vuol continuare, sulla questione « legatura o forcipressura » perchè il dualismo è spostato, per la maggioranza dei casi, su d'un campo privo d'interesse. Basato sul principio dell'emostasi consecutiva, cioè secondaria alle manovre intese a liberare le parti da esportare dai loro legami ed a peduncolizzarle, quel processo è tanto di legatura che di forcipressura (Landau, Sänger), ma poichè la parte essenziale dell'atto operativo stà nell'enucleazione, cioè nella separazione e nella mobilizzazione dei genitali interni, e l'emostasi è resa ugualmente facile e sicura colle pinze che coi lacci, è naturale che la preferenza sia data a quelle. La forcipressura riesce facile e sicura ed anche scevra da altri pericoli ben noti, perchè viene effettuata sotto il controllo combinato del tatto e della vista.

Luglio 1897.

---

(1) Saenger. « Zur Doyen'schen Metode der Hysterectomia vaginalis. » *Centralblatt für Gynäkologie*, N. 3, 1896.

R. OSPEDALE DI S. M. NUOVA - FIRENZE

EMBRIOTOMIE COL FILO

DECAPITAZIONE

CRANIOTOMIA A TESTA POSTERIORE — RIDUZIONE DELLA BASE FETALE

PEL

Dott. LEONARDO GIGLI

Chirurgo astante esterno.

La decapitazione col filo appartiene all' ostetricia francese. Fu il Pajot che essendosi un giorno ferito malamente ad una mano nello stringere un laccio di seta, ebbe l' idea di provare l' azione di un filo di seta nella decapitazione, e di far uso di questo invece delle forbici allora generalmente usate.

L' idea si trovava in embrione nella ginecologia di quei tempi; già Levret aveva insegnato a gettare un laccio sui peduncoli dei polipi uterini ad evoluzione vaginale e Lerpinière (1) a tagliarli usando il filo come fosse stato una sega. È interessante la considerazione con la quale questo chirurgo chiude la sua geniale memoria. « Si j'avais, » egli dice, « employé pour la ligature un fil métallique rugueux, mal poli, mais » simple et d'une ténacité convenable, j'ai la conviction, qu'à l'aide » de ma manoeuvre et du mouvement de scie, j'aurais pu immédiate- » ment opérer la séparation du polipe. » C'è contenuta l'idea meccanica prima del mio filo ed eravamo nel 1833. L'idea del Pajot rimase sempre nella ostetricia, ma vi crebbe su rachitica senza riuscire mai a conquistare completamente il campo della pratica. Più qua e più là pochi casi isolati, come quelli del Rey, del Doléris e posteriormente quelli del Chiarleoni da noi, dimostravano la possibilità di questo mezzo ostetrico, ma dovevano piegare davanti alla logica inesorabile della pratica. Due grandi difficoltà vi si opponevano, l'applicazione del laccio e la poca sicurezza della sua azione. I fili si rompevano troppo facilmente e non sempre, se non capitavano sui dischi intervertebrali, riuscivano

(1) Lerpinière. *Journal des connaissances médicales*. Paris, 1833, p. 42.

a dividere la colonna vertebrale, non ostante si esperimentassero diverse specie di fili, dal semplice sverzino ai vari fili metallici variamente intrecciati e combinati, alle corde armoniche, alla sega a catena. Quest'ultimo strumento tagliava e tagliava prontamente e con sicurezza; ma era costosissimo e fragile. Era naturale quindi che gli ostetrici si affidassero più volontieri alla semplice forbice embriotomica, che permetteva di compiere l'operazione in tutti i casi, per quanto questo mezzo non fosse senza pericolo e per le donne e per l'operatore. Poco più tardi il prof. Braun di Vienna, con una di quelle idee nelle quali genio ed originalità sono felicemente fuse, inventava il suo uncino claviforme, e parve per un tempo che la questione fosse finalmente e definitivamente risolta.

Gli ostetrici francesi però non riconobbero mai nello strumento del Braun, lo strumento che nella sua semplicità e nella sua tecnica possedesse quell'impronta d'eleganza tutta speciale, che dominava, specialmente allora che la tecnica operativa era più scrupolosamente curata, l'ostetricia francese. Lo strumento tedesco era violento, brutale, non sempre innocuo, non sempre efficace. Ecco perchè pur considerandolo una conquista della scienza ed una conquista geniale, gli ostetrici francesi si attennero sempre nella pratica di preferenza alla forbice e proseguirono nella ricerca di altri mezzi. E questa ricerca era fatta non da giovani ostetrici per semplice e vana ricerca del novo, ma dai maestri dell'arte.

Il Tarnier che pur conosceva il valore pratico delle forbici embriotomiche e dell'uncino del Braun nelle embriotomie e di tutte le altre manovre consigliate, per giungere a liberare una donna da una presentazione di spalla irriducibile, così chiudeva in questi ultimi anni una lezione sulla decollazione: « Trouver un instrument simple, appli» cable à tous les cas, qui fasse de la décollation une opération facile, » ce serait à coup sûr rendre un service important et combler une » lacune dans l'art des accouchements. » Perchè questa decisa aspirazione ad una tecnica più semplice in menti così positive e che sapevano valutare esattamente il valore dei mezzi conosciuti?

La ragione sta nella necessità, che quanto si deve tradurre direttamente nella pratica chirurgica di urgenza in generale, e nella pratica ostetrica in particolare, deve vestire sempre le forme più semplici e più piane. È l'ostetricia poi il ramo più pratico delle scienze mediche,

che non appartiene solo a coloro che più o meno legittimamente si dicono ostetrici specialisti, ma deve essere necessariamente e forzatamente praticata dalla maggior parte dei medici. Ed è appunto per i medici condotti persi nelle solitudini delle campagne e fra i monti, i quali pur devono conoscere tante e così svariate operazioni di urgenza che il Pajot, il Tarnier, il Barnes, il nostro Mangiagalli ed altri, cercarono invano di dar forma pratica a questo che nella loro mente elettissima rispondeva ad un ideale di tecnica della embriotomia.

E il Pajot passionatamente difendeva questa sua idea davanti alla Società ostetrica di Parigi, dopo aver cercato tutti i mezzi per vincerne le difficoltà. Anche da noi questi tentativi ebbero una eco e il Belluzzi, il Chiarleoni, il Calderini se ne occuparono particolarmente. Per chi trova piacere nelle pazienti ricerche storiche, potrebbe raccogliere molte curiose ed importanti notizie per tracciare la storia evolutiva di questa operazione.

Io vengo bruscamente a questi ultimi tempi. Due anni or sono in un articolo apparso nel *Centralb. f. Gynäk.*, il prof. Zweifel, proponendo una sua modificazione molto ingegnosa all' uncino del Braun, fa molto brevemente la storia di questa infelice decapitazione col filo. Ed avendo esperimentato sul cadavere i diversi fili fino a quel tempo usati, ebbe l'idea di provare il mio filo-sega e fu soddisfattissimo dei risultati.

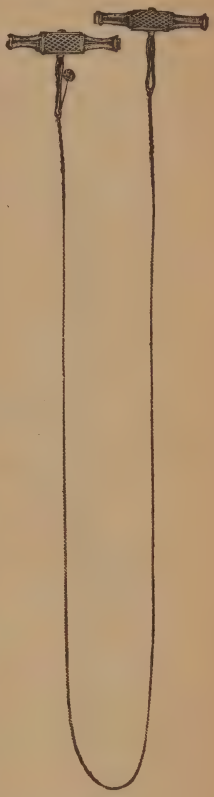


Fig. 1.
Filo-sega.
Lunghezza . . 1 metro
Grossezza . . . 0,00045

Il mio filo-sega del quale ho già parlato in questi *Annali* proponendo la resurrezione dell' operazione di Stoltz (1), il taglio lateralizzato nella sinfisiotomia, è semplicemente un filo d'acciaio di tempra speciale, reso con un processo particolare di fabbricazione finissimamente dentato (v. fig. 1).

---

(1) Mentre questo lavoro era in corso di pubblicazione, il dott. Bonardi di Lugano mi annunciava di aver nella primavera decorsa operata di taglio lateralizzato del pube una donna con ottimo risultato, e il Paladini di Empoli di essersi servito nella sinfisiotomia ordinaria del mio filo invece del coltello e della falcetta del Galbiati, rendendo il taglio della cartilagine più rapido e più sicuro.

Esso non ha nulla che vedere con i fili sopra ricordati, nè con le seghe che Ollier chiama funicolari, di Thomas, di Kusy, ecc., la sua struttura è delle più semplici, la sua resistenza grandissima, sufficente per qualunque operazione sia ostetrica, sia chirurgica.

Io ho più volte con questo filo sezionato per prova sul cadavere l'osso iliaco di un adulto, tagliandolo nel punto di sua maggiore altezza a tutto spessore con le parti molli. Il filo con questo *tour de force* si rende certamente inservibile, ma si riesce, quasi sempre con i fili di media lunghezza, sempre con i più lunghi e più forti, a praticarne la sezione abbastanza rapidamente senza che il filo si rompa. La sezione del collo del feto con questi fili è cosa della più grande facilità. Io adopero dei lunghi fili, che feci costruire dal meccanico Härtel in Breslavia, allo scopo di aprire lo speco vertebrale nelle necroscopie, ma possono usarsi dei fili sottilissimi quanto il più sottile filo di seta.

Ecco il giudizio del prof. Zweifel su questo filo: « Besser und » sicherer in ihrer Wirkung ist die Drahtsäge von Gigli, die wir eben- » falls oft am Phantom versucht und jedes Mal zum durchtrennen » bewährt gefunden haben. » Egli conchiude però che siccome occorrono usando questi fili, ed uno strumento speciale per portarli intorno al collo del feto ed uno strumento ancora per difendere le parti molli della donna, era molto più semplice l'uncino del Braun modificato dal prof. Zweifel stesso (*Centralbl. f. Gynäkologie,* N. 20, 1895).

Questa che potrebbe dirsi l'orazione funebre alla geniale idea del Pajot apparisce a prima vista giustissima, ed io pure leggendola due anni or sono, quasi convenni non valer la pena di studiare una tecnica nuova, trovare nuovi strumenti, per una operazione che così raramente ricorre nella pratica e per la quale noi abbiamo nelle forbici embriotomiche e nell'uncino del Braun quanto basta per condurre a termine l'operazione in qualunque caso ed in qualunque evenienza. Se non che tornando a studiare la questione e rifacendo il cammino che altri aveva tentato avanti di me, ne compresi tutta l'importanza, e mi parve di trovarvi tutti gli elementi che mi permettessero di superare l'unica difficoltà che restava. Trovare, cioè, uno strumento semplice e pratico, che non aumentasse il numero dei ferri della già troppo carica busta ostetrica, capace di condurre senza difficoltà e sicuramente in tutti i casi un filo attorno al collo del feto.

L'idea del Pajot di usare a questo scopo l'uncino ottuso era giu-

sta. Ma il Pajot voleva troppo, volle fare del suo forcipe uno strumento universale, un vero coltello americano, forcipe per tutte le applicazioni, uncini acuti ed ottusi, porta lacci, leva, e per le sue dimensioni il forcipe in certi casi poteva fare anche da cefalotribo; per un solo strumento mi pare abbastanza. Il portalacci del forcipe non rispondeva completamente. Io, prendendo più qua e più là, quello che mi è parso più pratico per risolvere il mio problema ho, seguendo l'esempio del Pajot, copiato anche da molti altri, conservato al mio portalacci la forma e la funzione dell'uncino ottuso, strumento indispensabile al medico nelle operazioni ostetriche, che si trova già per conseguenza nella busta, e mi sono servito poi delle modificazioni ingegnose del portalacci per la sega a catena costruito da Mathieu.

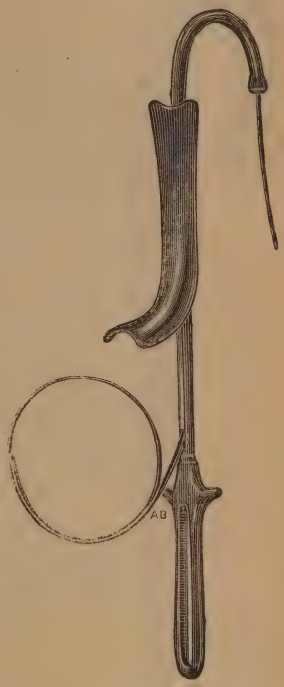


Fig. 2.
Uncino ottuso al quale è stato applicato la valva protettrice e porta nella scanalatura il mandrino di balena.

Il mio uncino ottuso non è quello di Mathieu, vi si avvicina nelle linee generali, è più semplice e più completo. Io lo feci costruire qui a Firenze nell'officina meccanica del dottor Gabrielli. Esso ha la forma e le dimensioni dell' ordinario uncino ottuso, invece di essere pieno però ha nel suo interno una doccia che permette il passaggio ad una sottilissima stecca di balena. Questa doccia lo percorre in tutta la sua lunghezza dal manico al suo estremo terminale. Il mandrino di balena si introduce in questa doccia per una piccola apertura che si trova sul dorso dell'uncino, poco al disopra del manico (fig. 2). La doccia poi si apre nella parte inferiore concava dell'uncino per una fenditura, estesa anche questa per tutta la lunghezza dell' uncino, fenditura poco più larga di un sottile filo di seta e che ha con la doccia interna i rapporti che meglio di qualunque descrizione vengono dimostrati dalla fig. 3, nella quale è rappresentata una sezione trasversale dell'uncino.

Sulla parte dorsale dell' uncino si può applicare una valva metallica amovibile piuttosto larga, che viene spinta in alto e serve a proteggere le parti molli materne, la porzione anteriore dell'utero, va-

gina, commessura vulvare anteriore; posteriormente non è necessaria alcuna difesa.

L'uncino ottuso, una sottilissima stecca di balena, un filo-sega, ecco tutto l'armamentario ostetrico per la decapitazione col filo. La busta ostetrica non ha di nuovo che due strumenti di volume minimo e di pochissimo costo: la stecca di balena e il filo sega.

Fig. 3.
Sezione trasversale dell'uncino.

La tecnica non è meno facile. L'uncino si applica sul collo del feto con le stesse regole e la stessa facilità dell'uncino di Braun. Pajot dice non esservi difficoltà nemmeno nelle viziature più forti, 38 mm. Applicato l'uncino sul collo del feto, si fanno opportune trazioni in basso sull'uncino stesso, fino a poter raggiungere con le dita della mano che sono nelle vie genitali della donna, spinte quanto si può in alto, il bottone dell'uncino. Assicuratisi così della buona posizione del nostro strumento, si fa passare per la apertura che si trova alla faccia dorsale dell'uncino il mandrino di balena nella doccia e lo si spinge avanti fino a che non lo sentiamo urtare contro il nostro dito. Allora a poco a poco ritirando la mano e seguitando a spingere il mandrino si porta l'estremo di questi ai genitali esterni. Si adatta allora fortemente all'estremità del mandrino un laccio di seta e ritirando il mandrino, questo laccio, per la struttura ed i rapporti della doccia con la scanalatura, cade a nudo sul collo del feto. Si liberano allora i due estremi del laccio, con qualche movimento lo si adatta sul collo del feto, cercando che si nasconda bene fra le carni fetali, quindi adattata la doccia all'uncino per la difesa delle vie genitali, si sostituisce al laccio il filo-sega ed in pochi colpi rapidamente si compie la sezione del collo.

Posteriormente il filo, quando è bene adattato, si trova nascosto fra le parti molli della spalla presentata e non viene in contatto con le parti materne. Qualora però si temesse per condizioni particolari, di ferire in qualche punto o il collo o la vagina, si può momentaneamente far uso di una delle branche del forcipe.

Tutto questo non presenta difficoltà nè il più piccolo pericolo per

la donna, anche in mano di un medico che debba per la prima volta eseguirla e come prima operazione ostetrica. Non avendo un mio filo si può usare lo sverzino, ed il mio portalacci ha su tutti gli altri il vantaggio, che, restando in sito, può servire a passare quanti lacci si vuole, se rotto il primo il collo non fosse totalmente tagliato. Così mi pare siano vinte tutte le difficoltà che il prof. Zweifel opponeva alla decapitazione col filo, e credo che, qualora si dovesse abbandonare l'uso delle forbici embriotomiche e del semplice uncino di Braun, si debba dare la preferenza a questa tecnica come la più sicura, la più innocua, la meno costosa.

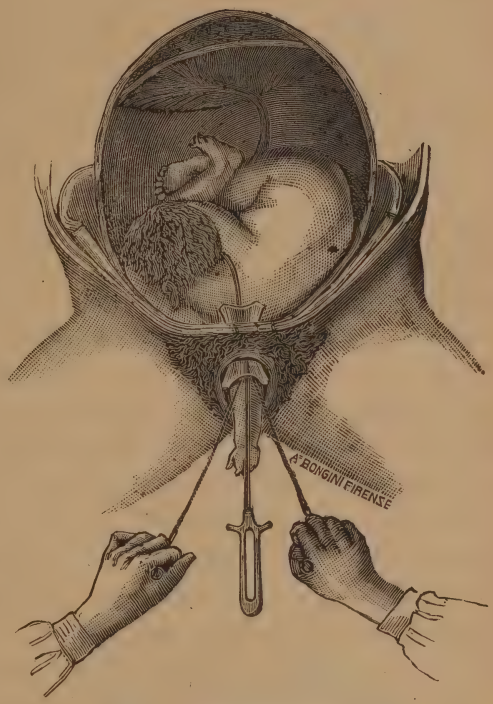


Fig. 4. — Decollazione col filo.

Ma questo semplice filo ha altre e forse anche più importanti applicazioni ostetriche. Tutti gli ostetrici conoscono le difficoltà di una craniotomia a testa posteriore ed i numerosi perforatori, trapani, ecc., che a questo scopo sono stati inventati. Il passare un laccio scivolandolo dietro la sinfisi o portandolo direttamente in alto sulla testa del feto con un portalacci anche improvvisato, è manovra che non presenta difficoltà. Passato il laccio si applica il forcipe sulla testa del feto al davanti del corpo del feto, proprio come in una applicazione a testa susseguente per difendere le parti molli del canale genitale e per fissare il laccio stesso, si chiude il forcipe girando sul suo manico un laccio elastico, quindi afferrati gli estremi del filo lo si fa penetrare nelle parti molli del cranio fetale, si sostituisce quindi al laccio il filo-sega e si taglia in

tutta la sua altezza il cranio del feto senza difficoltà. Io ho più volte provato l'azione del mio filo su cadaveri di bambini nel primo mese di vita extrauterina, e sono riuscito sempre senza che mai una volta mi si spezzasse il filo a sezionare il cranio del feto in tutta la sua altezza e con sorprendente rapidità.

La base del cranio fetale può essere tagliata da questo filo in qualunque punto e secondo qualunque piano con grandissima facilità e rapidamente. Questa facilità con la quale il mio filo adattandosi perfettamente al contorno della testa può tagliare la base del cranio fetale, mi aveva già dato l'idea di applicarlo nelle embriotomie sul vertice prima che io pensassi applicarlo nella decapitazione, e ricordo di averne parlato allora al prof. Pestalozza, direttore del nostro Ospedale di Maternità. Una serie di circostanze mi impedirono di completarne lo studio. Non si spaventino gli ostetrici, io non voglio togliere dai polverosi scaffali degli armamentari storici i forcipi-sega monumentali del Van-Houvel, del Billi, ecc., per quanto già fino d'allora i risultati ottenuti con questi strumenti fossero molto soddisfacenti.

Se io dovessi trovarmi nella pratica con gli strumenti ostetrici ordinari e col mio filo farei la craniotomia col perforatore semplice, svuoterei il cranio della sostanza cerebrale, quindi fissato col semplice tiratesta del Danavia, che può improvvisarsi, passerei un'ansa di un semplice filo d'acciaio, come già ha insegnato il Barnes, sulla testa del feto sul diametro, secondo il quale vorrei tagliare la base ed applicato il forcipe come nell'operazione precedente e sostituito al primo filo il filo-sega, compirei la sezione. Io credo però che quest'ultima operazione possa rendersi molto più semplice con leggiere modificazioni del cranioclaste o degli uncini acuti.

Così un semplice filo di acciaio trasforma completamente unificandola tutta la tecnica dell'embriotomia.

RASSEGNA

BUSCHBECK. — **Zur operativen Behandlung der Retroflexio Uteri** *(Sulla cura operativa della retroflessione dell'utero).* — *Archiv für Gynäkol.*, Band 52, 3 Heft.

L'A. espone la statistica dei casi di retroflessione uterina operati nella Clinica di Dresda dal 1887 al 1895. Essi sommano a 96: in 54 di essi fu fatta la isteropessi addominale col metodo del Leopold, in 15 la isteropessi vaginale coi vari metodi di Schücking, di Stratz, di Bode, di Makenrodt e di Dührssen, ed in 8 casi l'accorciamento dei legamenti rotondi col metodo Alexander-Kocher.

Posti a confronto questi diversi processi operativi nei risultati avutine, egli conclude, rispetto al valore di ciascuno di essi nei singoli casi, quanto segue:

La cura operativa della retroflessione uterina si fa: o *colla apertura della cavità peritoneale:* 1.° colla diretta o indiretta fissazione del fondo dell'utero (Olshausen, Sänger, Czerny, Leopold); — 2.° coll'accorciamento dei legamenti rotondi dalla vagina (plica vescico-uterina [Bode, Wertheim]);

o *senza apertura della cavità peritoneale:* 3.° coll'accorciamento dei legamenti rotondi in corrispondenza degli inguini (Alquié-Alexander, Adams, Kocher).

I metodi 1.° e 2.° richiedono una sola ferita, il 3.° una ferita doppia. Col 1.° e col 3.° non si evitano del tutto le ernie addominali: ma danno ambedue ottimi e duraturi risultati. Pel 2.° non si hanno ancora osservazioni quanto alle ernie ed ai risultati. Nondimeno, in vista della sua sicura esecuzione, si deve, *a priori*, credere ai buoni successi del medesimo.

Riguardo ai criteri da seguire nella scelta fra questi metodi, è da ricordare che, nella retroflessione d'utero mobile in donna pluripara, il 2.° è molto facile e di rapida esecuzione; molto difficile invece in una vergine od in una nullipara. In queste, ove occorra, sono molto più indicati il 1.° ed il 3.° Dei due l'A. dà la preferenza al 1.°, perchè di più pronta esecuzione e più sicuro nei risultati.

Se poi si tratta di operazione di retroflessione uterina fissa, il metodo N. 3 (Alexander-Kocher) è affatto controindicato. Nulla si ottiene senza sciogliere le aderenze; si usa perciò in una pluripara o il 2.° metodo, meglio poi se con apertura dello spazio del Douglas, ovvero il 1.° metodo con distacco delle aderenze e fissazione del fondo uterino in avanti; nelle vergini e nullipare invece migliore e più sicuro è il metodo N. 1 (ventrofissazione), accompagnato, se le circostanze lo consigliano, dall'ablazione unilaterale o bilaterale degli annessi uterini ammalati.

TRIDONDANI.

LEOPOLD. — **Die operative Behandlung der Uterusmyome durch vaginale Totalexstirpation** *(Sulla cura operativa dei miomi dell'utero colla estirpazione totale vaginale).* — *Archiv für Gynäkol.*, 52 Band, 3 Heft.

Aggiungendo alle 48 estirpazioni vaginali d'utero miomatoso, da lui compiute e rese note nel Marzo 1887, le 26 eseguite posteriormente a quell'epoca, l'A. mette in rilievo la bontà di questo processo operativo, che, sebbene attuato talora in condizioni tutt'altro che favorevoli, non gli diede che una mortalità del 2. 7 0[0, avendo avuto solo 2 morti in 84 di tali operazioni.

Egli si diffonde a parlare del metodo da lui tenuto nella esecuzione di questo atto operativo nei preparativi, nella tecnica e nel trattamento consecutivo. Trova necessario, appena le condizioni della paziente lo permettano, l'esame preliminare fatto nella narcosi per accertare la diagnosi ed i rapporti del tumore; e trova sommamente utili, ove trattisi di soggetti dotati di poca resistenza organica, le iniezioni ipodermiche preventive di soluzione fisiologica di cloruro di sodio.

Piano generale dell'operazione fu sempre quello di asportare completamente l'utero dopo l'enucleazione del mioma, e perciò di giungere colle legature fino a livello delle due tube: e, una volta esportato l'utero, chiudere tosto e accuratamente la cavità addominale.

Lavata la vagina dapprima con acqua saponata e poi con soluzione di sublimato, la scioglie da' suoi attacchi all'utero anteriormente e posteriormente; e scollato questo dal connettivo che lo circonda, si tenta se è possibile portar fuori una porzione del tumore. Se lo spazio del Douglas si lascia facilmente aprire, si colloca un filo sulla metà della pagina peritoneale posteriore per servirsene come briglia. Si passa allora alla allacciatura del legamento largo sinistro cercando di arrivare al di sopra dell'arteria uterina. Si fa altrettanto dall'altro lato. Si spacca allora la parete uterina e si cerca di snucleare il mioma. Particolare riguardo meritano i vasi delle tube e delle ovaja. Anche se dopo la prima legatura non si ha emorragia, si devono sempre applicare delle allacciature di sicurezza, specialmente poi se il tessuto è ispessito per antica parametrite. Si esporta poi l'utero libero dal suo mioma: indi si sutura a sinistra e a destra il peduncolo con filo di media grossezza, in modo che i peduncoli siano riuniti, e si suturano i due margini della sierosa dall'avanti allo indietro. Anche in casi di saldamento dello spazio del Douglas per antica perimetrite si deve sempre giungere sui legamenti larghi dallo indietro facendosi strada con un'ampia incisione della vagina.

I felicissimi risultati, che per questa via furono ottenuti, segnatamente anche in donne nullipare, parlano in favore di una larga diffusione del metodo.

La durata media del trattamento consecutivo fu di 3 settimane: e le operate, vedute molto tempo dopo l'operazione, furono trovate perfettamente guarite.

L'A., mentre nei casi di carcinoma e di sarcoma uterino asporta sempre completamente gli annessi, anche se non sono ammalati, li conserva invece in questa operazione, perchè osservò che tutte le operate in cui gli annessi, sani, furono lasciati, più tardi ebbero molto meno a lagnarsi di dolori nella menopausa che non quelle in cui era stata fatta anche l'ablazione degli annessi.

TRIDONDANI.

NIEBERGALL. — **Ueber Impfmetastase eines Carcinoma corporis uteri am Scheideneingange** *(Sull' innesto metastatico di un carcinoma del corpo uterino sull' introito vaginale).* — *Archiv. für Gynäkol.*, 52 Bd., 3 Heft.

Il caso che l'A. riferisce è doppiamente interessante, perchè trattasi in esso di una rarissima forma di recidiva e di innesto metastatico in un punto lontano dal focolaio primitivo, e perchè esso dimostra come possa aversi la contemporanea presenza di sarcoma e di carcinoma del corpo uterino l'uno indipendente dall'altro anzichè una forma mista delle due neoplasie maligne, cioè un sarco-carcinoma.

La paziente era stata operata di isterectomia vaginale nel Novembre del 1894 per carcinoma del corpo dell'utero, da cui alcuni giorni prima era stato espulso spontaneamente un sarcoma. Circa 14 mesi dopo cominciò ad avere un po' di bruciore e di secrezione ai genitali esterni. Esaminata, si trovarono condizioni generali abbastanza buone, nulla di notevole alla cicatrice risultante dalla fatta isterectomia, niuna resistenza, vagina liscia. Ma all'introito della vagina, dove, durante l'atto operativo, lo speculum aveva prodotto qualche scalfittura, trovossi una ulcerazione dell'ampiezza di 5 centim., di cattivo aspetto, dura, facilmente sanguinante. Uretra sana; ghiandole inguinali non ingrossate. Il 10 Febbraio la si escide e si cauterizza col Paquelin.

Al microscopio trovossi come essa avesse dei confini ben netti segnati da infiltrazione di cellule rotonde connettivali. Il neoplasma constava come di tubi ghiandolari addossati offrenti l'aspetto di un adenoma dell'endometrio, aspetto che era del tutto simile a quello del neoplasma dell'utero, che ne aveva indicata l'estirpazione.

La integrità assoluta della vagina e delle altre parti situata al di sopra della vulva facevano escludere una metastasi della neoplasia per via linfatica. Con tutta certezza doveva quindi trattarsi di un innesto diretto della neoplasia uterina sulla vulva per una lesione di continuo ivi prodotta dalle labbra dello speculum durante l'isterectomia. Casi consimili sono riferiti da Hesse, Kaltenbach, Fischer, Hofmejer, Pfannenstiel e Lebensbaum.

Essi sono però assai rari. Nel caso narrato dall'A. vi fu poi questo di notevole: che mentre il neoplasma primitivo dell'utero offriva i caratteri del carcinoma

e del sarcoma insieme, quello invece era una pura forma di carcinoma ghiandolare, e non v'era alcuna traccia di elementi sarcomatosi. Il che dimostra, come già si disse, la completa indipendenza di queste due forme maligne, quand'anche esse trovinsi associate. TRIDONDANI.

BIBLIOGRAFIA

Prof. H. FRITSCH (Università di Bonn). — **Die Krankheiten der Frauen** *(Malattie delle donne).* — Ottava edizione, Berlino, F. Wreden.

Questa ottava edizione vede la luce solamente un anno dopo la settima. Questo vuol dire che la nostra specialità ha fatto progressi tali da non essere cosa giusta lasciarli passare inosservati ai medici pratici ed agli studenti, giacchè il trattato del prof. Fritsch è fatto pei medici e per gli studenti, essendo tutta la materia compendiata in un volume di circa 500 pagine.

Ai nostri giorni scrivere un libro della specialità vuol dire in fondo fare e fissare direbbesi quasi colla fotografia lo stato attuale della scienza speciale suddetta; e quindi ecco come il prof. Fritsch, coscienziosissimo cultore della nostra specialità, si è trovato in obbligo di rifare la settima edizione del suo manuale dandocene quest'anno una ottava edizione.

Questo vuol dire che nella nuova edizione stanno appunto compendiati tutti i progressi fatti dalla specialità ginecologica. Infatti vi troviamo tutte le nuovissime vedute scientifiche e pratiche sull'asepsi e sull'antisepsi, i nuovi trovati nella cura delle malattie degli annessi, quello di più recente che fu scoperto sull'argomento della blenorragia.

Oltre a ciò il Fritsch, ben ricordando come molte malattie delle donne non sono di natura ginecologica e che lo specialista anzichè isolarsi dal resto della medicina, deve sempre attentamente curare e studiarsi di scoprire i legami fortissimi esistenti tra la specialità sua e la medicina generale (giacchè le leggi generali terapeutiche valgono anche per la ginecologia!) ristampò ampliato il capitolo 16.° ossia quello delle malattie intestinali proprie delle donne. Chiude il libro una accurata farmacopea ginecologica. E va dato amplissima lode all'esimio professore anche per aver egli introdotto nel suo trattato di ginecologia un capitolo sulla cistoscopia. Cistoscopia che oggi è diventata pratica diagnostica famigliare a tutti i clinici ginecologi, per grazia di che essi possono oggi praticare qualunque delle operazioni addominali sulla donna, estendendo la loro opera anche a tutto l'apparato urinario. CIOJA.

NOTIZIE.

Congresso Internazionale di Ostetricia e Ginecologia.

Avrà luogo in Amsterdam nel 1899. Per quanto ci separi ancora da esso il lungo periodo di quasi due anni, non ci ristaremo dall'invocare che in esso risuoni, per la prima volta in un Congresso internazionale, la nostra favella, e sia questa a portarvi il pensiero italiano, i nostri studii, le nostre osservazioni, le nostre ricerche.

La meta è prossima ad essere raggiunta, e lo sarà certo se saremo in molti a chiedere che anche la lingua italiana sia accolta nel prossimo Congresso fra le lingue ufficiali. Sia dunque benvenuta l'iniziativa della Società italiana di ostetricia e ginecologia che ci invita a farci soci fondatori. Hanno già dato la loro adesione i professori Acconci, Bossi, Curatulo, La Torre, Mangiagalli, Morisani, Pasquali, Pestalozza, Pinzani, Porro, Rocchi, Ruggi, Truzzi, e noi facciamo un caldo appello ai colleghi perchè rispondano volonterosi al nostro invito. La tassa è di L. 300, ma potrà essere eventualmente pagata in rate annuali di L. 100, e per coloro che sono già intervenuti ai due Congressi antecedenti, potrà essere detratta dalla somma totale la quota già pagata per iscrizione agli antecedenti Congressi. Le adesioni potranno essere inviate al giornale ovvero al Presidente della Società italiana di ostetricia e ginecologia, prof. E. Pasquali — Roma, Via Cavour, 116.

NECROLOGIO

TARNIER.

Morì a 70 anni, il 23 Novembre p. p., circondato dalla maggior parte dei suoi allievi, che gli avevano portato un affetto filiale e con lui scompare uno dei più grandi maestri dell'ostetricia francese della seconda metà di questo secolo, forse il più grande. Trasportato a Digione, la parola dei suoi diletti discepoli, che ora in Francia tengono alta la bandiera dell'ostetricia, diede alla illustre e cara salma il mesto ed estremo addio, e noi associamo le nostre alle loro manifestazioni di rimpianto per la dipartita dell'insigne ostetrico. Sulla sua tomba non è bugiarda la lode poichè egli ha titoli imperituri alla gloria. Dopo Semmelveis fu dei primi ad accettare che la febbre puerperale fosse dovuta ad un contagio capace di propagarsi, ed è a lui che si deve la diffusione del microbicida più potente, del sublimato. Il suo forcipe, il basiotribo, il suo palloncino per la provocazione del parto, il suo dilatatore, la sua incubatrice, restano a testimoniare con quanto ingegno, con quanto acume, con quanto senso pratico egli abbia contribuito a promuovere lo sviluppo delle operazioni ostetriche, e il suo trattato, se completo, ci avrebbe fornito una delle opere più magistrali di ostetricia. Facciamo voti perchè il suo collaboratore prediletto, il prof. Budin, ed i suoi migliori allievi, completandolo, elevino questo monumento alla sua memoria.

INDICE

MEMORIE ORIGINALI.

Boralevi. — Isteropessi e gravidanza . . . . . *Pag.* 657
Bossi. — Sulla tecnica dell'isterectomia vaginale. 118
Codivilla. — L'isterectomia vaginale nella cura del prolasso genitale . . 281
Curatulo. — Intorno ad una nuova origine della placenta marginata . . 505
Decio. — Mostruosità fetale inedita. 649
Ferraresi. — I setti trasversali della vagina 131, 311, 447, 515, 683, 772, 801, 879
Ferroni. — Contributo alla struttura delle ovaie osteomalaciche 673
—— Il parto podalico nella Clinica ostetrica di Pavia 577, 865
Frascani. — Rottura completa dell'utero 353
Gigli. — Embriotomie col filo. Decollazione 913
Giglio. — Mostri anencefali e derencefali 328
Griziotti. — Utero arcuato e presentazione podalica ripetuta 1
Guicciardi. — Contributo allo studio dell'infarto bianco della superficie fetale della placenta 595
Lambertenghi. — A proposito di un caso di lacerazione centrale del perineo durante il parto 22
Latis. — La tiroide in ginecologia. 167
Liscia e Passigli. — Contributo allo studio delle modificazioni gravidiche urinarie. 703
Marchesi. — Contributo allo studio della rotazione assiale dei tumori ovarici 105, 219, 366
Negri. — Sull'albuminuria nei tumori uterini e nei tumori ovarici . . . 829
Patellani. — L'ectropion congenito e l'erosione congenita di Fischel . 201, 298
Rieppi. — Sopra due casi di gravidanza extrauterina 398
Resinelli. — Di un tumore cistico della clitoride 408
—— Significato clinico dei versamenti pleurici nei tumori dell'ovaio . . 721
Tridondani. — La diagnosi di sede dell'inserzione placentare 425
—— Tachicardia e midriasi unilaterale post-laparotomiche. 547
Vignolo. — Alcune considerazioni istologiche sulla struttura delle membrane ovulari umane a termine di gravidanza 53
Villa. — Su due casi di isterectomia vaginale. Rottura di pinze. Tachicardia 901
Vitanza. — La estirpazione totale dell'utero per cancro 152, 233

CONGRESSI, SOCIETÀ ED ACCADEMIE.

Atti della Società italiana di ostetricia e ginecologia . . . . . *Pag.* 339
Bossi. — A proposito del trattamento dell'eclampsia 93
12.° Congresso internazionale di medicina 423
Fiorentini. — Alcune osservazioni istologiche sui cotiledoni dell'utero dei ruminanti (bovini) 178
Secondo Congresso internazionale di ostetricia e ginecologia 85
68.ª Riunione dei medici e naturalisti tedeschi . . 185, 261, 347, 418, 483, 561
Società italiana di ostetricia e ginecologia 571

RASSEGNA.

Armstrong. — La gotta latente della menopausa . . . . . *Pag.* 653
Bergmann. — Il cistoma multiloculare dell'epiploon 654
Buschbeck. — Sulla cura operativa della retroflessione dell'utero 921
Denissenko, Kelber, Bereskin. — Cura del carcinoma col *chelidonium majus* 571
Edge. — Utero fibromiomatoso rimosso col metodo di Doyen 654
Fuerbringer e Freyhau. — Nuove ricerche sulla disinfezione delle mani . 862
Gessner. — Sul valore e sulla tecnica del raschiamento diagnostico . . . 716
Goenner. — Influenza della castrazione unilaterale sull'origine del sesso . 655
Heil. — Sull'origine dell'enfisema sottocutaneo nelle laparotomie . . . 717
Herlitska. — Contributo allo studio della innervazione dell'utero . . . 863
Hohl. — Sulla cura dei tumori ovarici durante la gravidanza, il parto ecc. 279
Knauss e Camerer. — Adenoma cervicis malignum cysticum 572
Leopold. — Sulla cura operativa dei miomi dell'utero colla estirpazione totale vaginale 922
Mayer. — Contributo alla eziologia delle ginatresie 352
Neumann. — Ricerche sulla eliminazione dell'acido solforico e sulla putrefazione intestinale nelle puerpere 863
Niebergall. — Sull'innesto metastatico di un carcinoma del corpo uterino sull'introito vaginale 923
Patellani. — Le gravidanze gemellari ecc. considerati dal punto di vista antropogenetico 499
Schaeffer. — Della diminuzione di peso nei poppanti nei primi 14 giorni di vita, e cause di questa diminuzione 100
Schramm. — Trentatre estirpazioni dell'utero per via vaginale 102
Siefart. — Indicazioni e tecnica delle laparotomie vaginali 278
Strebel. — Contributo alla soluzione della questione del taglio cesareo . 101
Witte. — Il potere di assorbimento del crasso in rapporto alla ginecol. . 278
Wolff. — Della tubercolosi dell'ovaio 99

CORRISPONDENZA.

La lingua italiana nei Congressi Medici Internazionali . . . . . *Pag.* 4[illegible]
La Torre. — Al signor prof. L. Mangiagalli . . . . . 1[illegible]
Maragliano. — Istituto di Clinica Medica della R. Università di Genova . 720

BIBLIOGRAFIA.

Bulius e Kretschmar. — Angioideitrophia ovarii. . . . . *Pag.* 503
Calderini. — Manuale clinico di terapia e di operazioni ostetriche 573
Casazza. — Dell'anestesia chirurgica 504
Clarence Webster. — Pratica di operazioni ginecologiche 800
Fehling. — Fisiologia e patologia del puerperio 504
Filatow. — Lezioni sulle malattie infettive dell'infanzia 656
Fritsch. — Malattie delle donne 924
Hegar e Kaltenbach. — Ginecologia operativa 504
Lavori di ostetricia e ginecologia 574
L. Landau e T. Landau. — L'operazione vaginale radicale 198
Martin. — Le malattie delle tube 103
Menge e Kroenig. — Batteriologia del canale genitale muliebre 718
Veit. — Trattato di ginecologia. 501

NOTIZIE.

Congresso internazionale di ostetricia e ginecologia. . . . . *Pag.* 925
Società italiana di ostetricia e ginecologia. 864

NECROLOGIO.

Carlo Grillenzoni . . . . . *Pag.* 576
Tarnier 925

Errata-corrige . . . . . *Pag.* 424

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.